



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أم درمان الإسلامية
كلية الدراسات العليا
كلية الآداب – قسم علم النفس

فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي لخفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم

دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس العلاجي

إشراف الدكتور :
حسين عبدالله أحمد محمدين

إعداد الطالبة :
حليمة محمد إبراهيم آدم

محرم ١٤٣٣ هـ - ٢٠١١ م نوفمبر

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الْأَيُّ

﴿ مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ وَمَنْ يُؤْمِنِ بِاللَّهِ يَهْدِ اللَّهُ قَلْبَهُ وَاللَّهُ
بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ ﴾

التغابن (١١)

الإهداء:

هذه إشراقه للعقل هداني إليها الباري الودود وبكل الود أهديتها إلى:

الزند القوي الذي علمني العزم والإباء

(والدي الحبيب)

الربابة التي أرضعتني حب الله والعطاء

(أمي الحبيبة)

الأقاحي المتفتحة حولي لألثم شهد النقاء

(أخوتي الأحباب)

السنابل الملى التي علمتني انحناء العظماء

(أساتذتي الأجلاء)

الأتاقي اللذين يشد بهم العود إن ران للانحناء

(أصدقائي الأكارم)

الأشاوس اللذين تعلمت منهم أنه بالعزم تبدأ الحياة

(الأطفال المخلصين)

شكر و عرفان

بَقِيضِ فَضْلِكُمْ يَحْيَى الْعِلْمَ وَالْأَدَبَ وَيَا سَمَكَمَ الْيَوْمَ أَضَحَّتْ تَفَخُّرُ الْكُتُبِ
يَا أَيَّتُهَا الْكُوكَبُ الْعَلِيَا الَّتِي رَقَصْتَ لَهَا الْمَعَالِي وَخَرَّتْ دُونَهَا الشُّهُبُ

تتحني هامات شكري وتقديري لمن كانوا عوناً لي بعد المعطي العليم في إتمام هذه الدراسة التي أرجوا من الله أن يجعل فيها خير للعباد والبلاد.

أخص بالشكر الدكتور حسين عبدالله أحمد المشرف على هذه الدراسة الذي أولاني اهتمامه ورعايته، كما أشكر الدكتور سامي عوض يس الذي خصني بالكثير من علمه ووقته وجهده منذ كانت هذه الدراسة فكرة وحتى بزغت شمسها، وتحية عرفان للأستاذ زهر الدين الأمين الذي ما فتئ يشد من أزري ويعينني ويقدم لي النصيح والتوجيه، والشكر أجزله للدكتورة صباح الرفاعي والأستاذة سوسن محمد والعاملين بمكتب الإنماء الاجتماعي الكويتي لتزويدهم لي بالمراجع الرئيسية لهذه الدراسة.

الشكر موصول للأستاذة الكرام اللذين قاموا بتحكيم أدوات هذه الدراسة وهم البروفيسور خالد الكردي، البروفيسور قاسم بدري، الدكتور عبدالرحمن عبدالمجيد، الدكتور عبدالعزيز محمد الحسن، الدكتور إبراهيم عبد الرحيم، الدكتور عبد الباقي دفع الله، الدكتورة عيبر عبدالرحمن، الدكتور حسن بدري، الدكتور أنس الطيب، الدكتورة سعاد موسى أحمد، الدكتور ياسر جبريل، الدكتور على فرح.

عاطر الشكر لجامعة أم درمان الإسلامية كلية الدراسات العليا وكلية الآداب وقسم علم النفس وكافة أساتذته والعاملين فيه، والشكر أجزله للجامعات التي أشرعت أبواب مكاتبها في وجهي لأنهل من يم العلم الزلال، السادة العاملين في مكتبة جامعة أم درمان الإسلامية، جامعة الخرطوم، جامعة النيلين، جامعة السودان، جامعة الأحفاد.

تمتد وشائج الشكر لتلامس كل من أبدوا تعاوناً منقطع النظير لتطبيق هذه الدراسة وهم السادة ضباط وضباط صف وجنود وأفراد العاملين بوحدة حماية الأسرة والطفل بولاية الخرطوم بفروعها الثلاث الخرطوم، أم درمان، بحري، وأخص بالشكر سعادة العقيد شرطة السيد أكثم السمانى الوسيلة رئيس الفرع، وسعادة الرائد شرطة الطيب محمد عبدالله رئيس قسم أم درمان، وسعادة الرائد شرطة منال عبد الرحيم، وسعادة الرائد شرطة إشراقه بابكر. جل الشكر والتقدير للأطفال ضحايا الاغتصاب وأسرههم اللذين منحوني ثقتهم وسمحوا لي أن أشاركهم مشاعرهم وأفكارهم.

خالص الشكر والتجلة لأخي الشريف الفكي احمد وأسرته الكريمة لاحتضانهم لي طيلة فترة الدراسة بكل الحب والاحترام.

مستخلص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب. قد نهجت الباحثة في هذه الدراسة المنهج التجريبي لملائته لطبيعة الدراسة مستخدمة تصميم العينة الواحدة.

قد اختارت الباحثة العينة بالطريقة القصدية وبلغت أثنى عشر طفل ستة ذكور وستة إناث تتراوح أعمارهم بين الثانية عشرة والثامنة عشرة.

تم تنفيذ الدراسة بفرع وحدة حماية الأسرة والطفل التابع لشرطة أمن المجتمع بولاية الخرطوم .

استخدمت الباحثة عدة أدوات لتنفيذ الدراسة وهي برنامج العلاج المعرفي السلوكي من تصميم الباحثة، واستمارة الرعاية الأولية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

لاستخلاص النتائج عمدت الباحثة لاستخدام وسائل إحصائية وهي اختبار (ت) للعينة الواحدة ، واختبار (ت) للعينتين المستقلتين، واختبار (ف) لتحليل التباين للتعرف على الفروق بين المتغيرات.

خلصت الدراسة لعدة نتائج وهي:

١- فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم.

٢- توجد فروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير النوع لصالح الذكور .

٣- توجد فروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير الحكم القضائي لصالح الحاصلين على أحكام ايجابية.

٤- توجد فروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير النوع تعليم الوالدين لصالح الأطفال لوالدين متعلمين تعليم ثانوي.

قد اختتمت الباحثة الدراسة ببعض التوصيات والدراسات المقترحة.

Abstract

The Study aim to identify the effectiveness of the suggested Cognitive Behavior Therapy Programmers in reducing Stress rate in the Post Traumatic Stress Disorder for children who are exposed to rape.

The researcher has made use of the experimental Methodology which is more appropriate to the nature of the study by using one sample group design.

The researcher has used the Purposive Sample that amounts to 12 children, six of them are males and the others are females, Their ages range between (12-18) years.

This study was conducted in Family and Child Protection Unit that subordinate to Society Security Police in Khartoum State.

The researcher has used a number of tools to carry out the study such as Cognitive Behavior Therapy Programmer designs by the researcher, Primary care PTSD Screen and the Post Traumatic Stress Disorder scale.

The researcher has used statistical Tests such as T Test for One sample, T Test for two independent samples and One way Anova test to identify the difference among the variables.

The study concludes their findings:

1- The effectiveness of the suggested Cognitive Behavior Therapy Programmer in lessening the Post Traumatic Stress Disorder among children who are liable to rape.

2- There are significant differences in the Post Traumatic Stress Disorder among children who are subjected to rape after having applied treatment program attributed to sex in favor of males.

3- There are significant difference in the Post Traumatic Stress Disorder among children's who faced rape experience after the application of treatment program attributed to judicial act in favor of those who have positive acts.

4- There are significant difference in the Post Traumatic Stress Disorder among children experience rape after the application of treatment program attributed children's parents education in favor of children's parents who have high school education.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الآية
ب	الإهداء
ج	شكر وعرفان
د	مستخلص الدراسة
هـ	مستخلص الدراسة باللغة الإنجليزية
و - ز	فهرس المحتويات
ح - ط	فهرس الجداول
ي	فهرس الأشكال
	الفصل الأول : المقدمة
١	تمهيد
٢	مشكلة الدراسة
٣	أهداف الدراسة
٣	أهمية الدراسة
٤	فروض الدراسة
٥	مصطلحات الدراسة
	الفصل الثاني : الإطار النظري والدراسات السابقة
٦	المبحث الأول : العلاج السلوكي المعرفي
٥٥	المبحث الثاني : اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
١٢٤	المبحث الثالث : الاغتصاب
١٨٦	المبحث الرابع : الدراسات السابقة

الصفحة	الموضوع
	الفصل الثالث : منهج وإجراءات الدراسة
١٩٨	منهج الدراسة
٢٠٠	مجتمع الدراسة
٢٠١	عينة الدراسة
٢٠٦	عينة البرنامج
٢٠٩	أدوات الدراسة
٢١٧	إجراءات الدراسة
٢١٩	أساليب التحليل الإحصائي
٢٢٠	سادساً : محدودية الدراسة
	الفصل الرابع : عرض نتائج الدراسة وتحليلها
٢٢١	تمهيد
٢٢١	نتيجة الفرض الأول
٢٢٢	نتيجة الفرض الثاني
٢٢٣	نتيجة الفرض الثالث
٢٢٤	نتيجة الفرض الرابع
	الفصل الخامس : مناقشة النتائج
٢٢٧	مناقشة الفرض الأول
٢٢٩	مناقشة الفرض الثاني
٢٣١	مناقشة الفرض الثالث
٢٣٣	مناقشة الفرض الرابع
٢٣٥	الخاتمة
٢٣٦	التوصيات
٢٣٧	الدراسات المقترحة
٢٣٨	المراجع

قائمة الجداول

الرقم	اسم الجدول	الصفحة
١	الأخطاء المعرفية الشائعة	١٢
٢	تقدير القيم الحياتية	١٤
٣	الأفكار الخاطئة وعلاقتها بالأمراض	٢٥
٤	الافتراضات الخاطئة والتدخلات العلاجية المناسبة لها	٢٦
٥	أمثلة للأسئلة السقراطية	٤٧
٦	جدول الأفكار والمشاعر الخاطئة	٥٠
٧	نظام الخطط المعرفية وتعبيرات الصدمة المتعلقة بها	٨٦
٨	الفرضيات الأساسية لنموذج التقدير المعرفي	٨٧
٩	توزيع العينة بحسب المدينة والنوع	٢٠١
١٠	توزيع العينة بحسب النوع والمدينة بالنسبة المئوية	٢٠٢
١١	الأفراد المستبعدين من العينة	٢٠٢
١٢	الأفراد المستبعدين من العينة بالنسبة المئوية	٢٠٢
١٣	التوزيع الجغرافي لعينة الدراسة	٢٠٣
١٤	التوزيع الجغرافي لعينة الدراسة بالنسبة المئوية	٢٠٣
١٥	أسباب استبعاد بعض أفراد العينة بحسب النوع والتوزيع الجغرافي	٢٠٤
١٦	أفراد العينة المستبعدين بحسب الأسباب والتوزيع الجغرافي	٢٠٥
١٧	أسباب استبعاد بعض أفراد العينة بالنسبة المئوية	٢٠٥
١٨	توزيع عينة البرنامج بحسب التوزيع الجغرافي	٢٠٦
١٩	توزيع عينة البرنامج بحسب التوزيع الجغرافي بالنسب المئوية	٢٠٦
٢٠	توزيع عينة البرنامج بحسب متغير النوع وتعليم الوالدين والحكم القضائي.	٢٠٧
٢١	توزيع عينة البرنامج بحسب متغير النوع وتعليم الوالدين والحكم القضائي بالنسبة المئوية	٢٠٧
٢٢	مفتاح تصحيح مقياس اضطراب ما بعد الصدمة	٢١٠

الرقم	اسم الجدول	الصفحة
٢٣	العبارات المعدلة في المقياس بعد التحكيم	٢١١
٢٤	صدق وثبات مقياس اضطراب ضغوط مابعد الصدمة بعد استخدام اختبار ألفا كرونباخ	٢١٢
٢٥	نتيجة اختبار (ت) للعينات الواحدة لمعرفة السمة العامة	٢٢١
٢٦	درجة الاضطراب عند الذكور والإناث قبل تطبيق البرنامج	٢٢٢
٢٧	درجة الاضطراب عند الذكور والإناث بعد تطبيق البرنامج	٢٢٢
٢٨	الفرق بين المتوسطات في درجة الاضطراب عند الذكور والإناث قبل بعد تطبيق البرنامج	٢٢٣
٢٩	الفروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بحسب الحكم القضائي	٢٢٣
٣٠	الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى تعليم الوالدين قبل البرنامج	٢٢٤
٣١	قيمة (ف) ومستوى الدلالة لمستوى تعليم الوالدين قبل البرنامج	٢٢٥
٣٢	الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى تعليم الوالدين بعد البرنامج	٢٢٥
٣٣	قيمة (ف) ومستوى الدلالة لمستوى تعليم الوالدين بعد البرنامج	٢٢٥

قائمة الأشكال

الرقم	اسم الشكل	الصفحة
١	مستويات الإدراك	١٤
٢	المتثلث المعرفي	١٦
٣	تأثير الحديث الذاتي على المشاعر والسلوك	١٧
٤	العلاقة بين الكمبيوتر والمعرفة	٢٤
٥	النموذج المعرفي للاكتئاب	٢٧
٦	تأثير الأفكار السلبية على السلوك	٢٨
٧	تغير الأفكار السلبية إلى أفكار ملائمة	٢٩
٨	الأعراض الأولية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	٦٠
٩	الأعراض الثانوية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	٦٣
١٠	الأنوار السوية والمرضية للاستجابات التالية للضغوط	٧٨
١١	الإطار النفسي الاجتماعي لفهم اضطرابات الضغوط التالية للصدمة	٩١
١٢	علاقة العدوان بالإحباط	١٤٨
١٣	توزيع العينة بحسب المدينة والنوع	٢٠١
١٤	الأفراد المستبعدين من العينة	٢٠٣
١٥	التوزيع الجغرافي لعينة الدراسة	٢٠٤
١٦	أسباب استبعاد بعض أفراد العينة	٢٠٦
١٧	توزيع عينة البرنامج بحسب التوزيع الجغرافي.	٢٠٧
١٨	توزيع عينة البرنامج بحسب النوع	٢٠٨
١٩	توزيع عينة البرنامج بحسب المستوى التعليمي للوالدين	٢٠٨
٢٠	توزيع عينة البرنامج بحسب الحكم القضائي	٢٠٩

الفصل الأول

المقدمة

الفصل الأول

المقدمة

تمهيد:

في ظل تسارع وتيرة الحياة واستمرار حذى التسابق السياسى والعسكرى والاقتصادى، وما نتج عنه من تغيرات فى بنية المجتمعات بسبب بعض الظواهر مثل النزوح والهجرة والبطالة والفقر، وما أنطوى عليها من نزوع نحو العنف والعدوان الذى امتدت يداه لتتال الأطفال لأنهم أكثر الفئات المعرضة لخطر الاغتصاب فى أى وقت تغيب فيه رقابة الأسرة أو يختلطوا فيه بالغرباء أو الراشدين من الأقرباء والمعارف والجيران لأن ٨٢% من المجرمين والضحايا يعيشون فى منطقة واحدة وأن ٦٨% منهم جيران وأن ٦٦،٥ من الضحايا تربطهم بالجناة علاقة غالباً ما يكونوا أقارب أو جيران أو أصدقاء (سعيد، ٢٠٠٩).

نتيجة لتعرض الأطفال للاغتصاب تصبح احتمالية إصابتهم بالاضطرابات النفسية أكثر من غيرهم ومن أبرز هذه الاضطرابات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة حيث أنهم معرضون ست مرات أكثر من غيرهم للإصابة بهذا الاضطراب الذى من شأنه التأثير المباشر على الصحة النفسية والنمو النفسى للأطفال بما يحمله من أعراض تتمثل فى الإحساس بعدم الأمان، والخوف المستمر، والقلق، والاكتئاب، والتذكر الدائم للحادث، والأحلام المفجعة، والانسحاب من الحياة الاجتماعية، وفقد النشاط والاستمتاع بالحياة، والميل للعنف، وقد تصل الحالة إلى النكوص وتدهور الطفل نمئاً وغيرها من الأعراض التى من شأنها انتزاع الطفولة من قلوب وعقول الأطفال وتحويلهم إلى أشخاص يشعرون بالعجز وعدم الكفاءة إذا لم يحصلوا على التدخل العلاجى الملائم (World Health Organization, 2002).

بفضل التطور الكبير الذى شهده ميدان علم النفس الإكلينيكى والعلاج النفسى توصل العلماء والباحثين إلى تقنيات علاجية قادرة على تحسين حالة الأطفال وتخليصهم من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومن أبرزها تقنيات العلاج المعرفى السلوكى التى تسعى إلى تعديل السلوك الظاهر للأطفال من خلال التأثير فى عمليات التفكير لديهم وتزويدهم بأساليب ومهارات تمكنهم من التكيف مع ما يحدث

لهم بشكل أكثر فعالية ويكونوا قادرين على ملاحظة سلوكهم بشكل دقيق ومعرفة ما يرتبط به من أفكار ومشاعر حتى يتمكنوا من مساعدة أنفسهم عبر اكتشاف ذواتهم (الرشيدي، ٢٠٠١).

بناءً على ما سبق ستحاول الباحثة التعرف على فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي قامت بإعداده لخفض درجة اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب

مشكلة الدراسة:

لقد تابعت الباحثة مؤخراً جرائم اغتصاب الأطفال التي أصبحت ظاهرة تضج بها وسائل الإعلام المسموعة والمقروءة والمشاهدة، على الرغم من عدم توفر إحصاءات رسمية منشورة ماعدا التقرير السنوي الصادر من رئاسة قوات الشرطة بوزارة الداخلية السودانية لعام ٢٠٠٣م ، أن جرائم الاغتصاب التي تم تدوينها بولاية الخرطوم حوالي ٧٢١ بلاغاً في عام ٢٠٠٣م مقابل ٦٧٨ بلاغاً في عام ٢٠٠٢م، بالإضافة إلى حالات أخرى لم تصل إلى مضابط الشرطة لعدة أسباب مجتمعية، ولما ينطوي على هذه الجريمة من آثار نفسية واجتماعية وجسمية سلبية، ترهق كاهل المجتمع وتقوض خطط البلاد التنموية، وتكبتها مبالغ طائلة لتوفير الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية والقانونية.

لذا توجب توفير تدخلات علاجية وقائية من الدرجة الأولى والثانية، ليتم التقليل من آثار الاضطرابات النفسية الناجمة عن الاغتصاب على المدى القريب والبعيد. من هذا المنطلق ترى الباحثة أن جريمة اغتصاب الأطفال أصبحت ظاهرة تستوجب الدراسة وتقديم برنامج علاجي قد يسهم في خفض درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب ومعرفة ما إذا كان هناك فروق في درجة الاضطراب بين الأطفال حسب متغير (النوع ، الحكم القضائي ، تعليم الوالدين) .

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة للآتي:

١. التأكد من مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح في خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب.
٢. التعرف على الفروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بعد الخضوع لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح تعزى لمتغير النوع.
٣. التعرف على الفروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بعد الخضوع لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح تعزى لمتغير الحكم القضائي.
٤. التعرف على الفروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بعد الخضوع لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح تعزى مستوى تعليم الوالدين.

أهمية الدراسة:

تتلخص أهمية هذه الدراسة في الآتي:

نسبة لارتفاع معدلات اغتصاب الأطفال في ظل إحصاء ٧٠% من أهالي الضحايا عن الإبلاغ عن الجريمة خوفاً من الوصمة الاجتماعية، وكثرة آثار الاغتصاب السالبة المترتبة على الضحايا وأسرهم والمجتمع حيث أنهم معرضين ثلاث مرات أكثر من غيرهم للإصابة بالاكنتئاب، معرضين ستة مرات أكثر من غيرهم للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة ، معرضين ثلاثة عشر مرة أكثر من غيرهم لإدمان الكحول، معرضين ستة وعشرين مرة أكثر من غيرهم لإدمان المخدرات و معرضين أربعة مرات أكثر من غيرهم للإقدام على الانتحار. على الرغم من وجود اتفاقيات دولية ومحلية تنص على توفير الرعاية النفسية للأطفال المعتدى عليهم جنسياً. كما أن قلة الأبحاث التجريبية على ضحايا الاغتصاب وشح البرامج العلاجية لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة

لدى الأطفال المتعرضين للاغتصاب يجعل من هذه الدراسة غاية في الأهمية عليها تكون إضافة علمية تثري المكتبات النفسية المحلية والعالمية وتزود المعالجين النفسيين ببرنامج علاجي جديد قابل للتطبيق في السودان والعالم العربي.

فروض الدراسة:

تتمن فروض الدراسة في الآتي :

١. توجد فروق دالة إحصائية بين درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قبل وبعد العلاج ببرنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح على الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم.
٢. توجد فروق دالة إحصائية في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بين الذكور والإناث بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح لصالح الذكور.
٣. توجد فروق دالة إحصائية في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بين الحاصلين على أحكام قضائية ايجابية والحاصلين على أحكام قضائية سلبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح لصالح الحاصلين على أحكام ايجابية.
٤. توجد فروق دالة إحصائية في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بحسب المستوى التعليمي للوالدين أمي، أساسي، ثانوي بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح لصالح الأطفال لوالدين متعلمين تعليم ثانوي.

مصطلحات الدراسة:

١. العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy:

العلاج المعرفي السلوكي بأنه نوع من العلاج النفسي يضع الخلل في جزء من العملية المعرفية وهي الأفكار أو التصورات عن النفس والآخرين والحياة يستند على نظريات علم النفس المعرفي، ونظريات معالجة المعلومات، ونظريات علم النفس الاجتماعي (الجلبي واليحيى، ١٩٩٦).

٢. برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح:

هو برنامج علاجي قامت بتصميمه الباحثة استناداً على نظرية العلاج المعرفي السلوكي بغرض خفض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب.

٣. اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

Post Traumatic Stress Disorder

هو فئة من فئات اضطراب القلق تعقب تعرض الفرد لحدث ضاغط نفسي أو جسمي غير عادي في بعض الأحيان بعد التعرض له مباشرة وفي أحيان أخرى بعد ثلاث شهور أو أكثر (APA, DSM-IV, 1994).

٤. التعريف الإجرائي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

هي الدرجة التي يحرزها المفحوص في مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لبابينيوس ونادر فريدريك والمعدل من قبل الباحثة.

٥. الاغتصاب Rape:

هي جريمة جنسية مفادها ممارسة الاتصال الجنسي بالقوة دون موافقة الطرف الثاني (عيسوي، ٢٠٠١).

٦. التعريف الإجرائي للأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب:

يقصد بهم الأطفال من الذكور اللذين مورس معهم الجنس من الدبر والإناث اللذين مورس معهم الجنس من القبل عنوة بالقوة، وتتراوح أعمارهم بين الثانية عشرة والثامنة عشرة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

المبحث الأول

العلاج المعرفي السلوكي

Cognitive Behavior Therapy

تمهيد:

إن انفعالات وسلوكيات الفرد تتحدد بناءً على طريقة التفكير ووجهة نظره في الحياة، فنظرة الفرد للعالم تُبنى على المعرفة سواء كانت لفظية أو فعلية، لذا فالمعرفة تُبنى على الافتراضات التي تكون نتيجة الخبرات السابقة.

إن سلوك الفرد في موقف معين هو خلط من العقلانية واللاعقلانية في آن واحد وأن التفكير والانفعال عمليتين غير منفصلتين يؤثران على بعضهما البعض وبالتالي على إدراك الأمور .

لذا إن أردت مساعدة شخص ما لتجاوز العقبات التي مر بها فعليك أن تنظر إليه نظرة شاملة توليه فيها جل اهتمامك وتقدم له ما يحتاجه فكرة، وعواطفه، وتساعده ليكتشف الجوانب الأخرى من مشكلاته، بعيداً عن المواعظ، لأنه يحس بمشكلاته أكثر من أي شخص آخر، والمعالج يفهم في أنسب الطرق لحل هذه المشكلة، لكن عليك أن تعمل معه حتى يصل إلى سلوك تكيفي يبلغ به غايته من المعالجة، وأفضل السبل لتحقيق ذلك هو العلاج المعرفي السلوكي.

قد استمدت فكرة العلاج المعرفي من محصلة علم النفس التجريبي والعلاج السلوكي والعلاج التحليلي، وكان من رواد العلاج المعرفي السلوكي ألبرت أليس (Aibert Ellis) وهو من أشهر المحللين النفسيين في نيويورك وقد وجد أن التحليل النفسي يستغرق وقت طویل ونتائجه غير أكيدة لذا ابتكر علاج أكثر نشاطاً وتوجيهاً وأقل مدة وأطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي (Rational emotive therapy) الذي يرمز له RET يهدف إلى تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر غير منطقية مما يؤدي إلى معظم الاضطرابات النفسية.

لقد توصل أرون بيك (Aroon Beck) المذكور في فرغلي (٢٠٠٣) إلى وضع النموذج المعرفي للاكتئاب في الفترة من ١٩٦٠-١٩٦٥ حيث بدأ عمله قبل هذه الفترة في محاولة للتوصل إلى تفسيرات وقواعد علمية للتحليل النفسي ولكنه انتهى

بوضع أساسيات وخصائص العلاج المعرفي السلوكي كما وصفها ألبرت أليس بالإضافة إلى فنيات أخرى مثل تعلم مهارات حل المشكلات والمهارات الاجتماعية ومهارات التكيف ومهارات السيطرة على الذات وقد أطلق عليه Beckian model of cognitive therapy، وقد وصف السير دافيد جولد بيرج أن ما فعله بيك في توصله للعلاج المعرفي السلوكي من التحلي النفسي مثلما فعل جورباتشوف في ثورته البيروقراطية بالاتحاد السوفييتي.

حدد كلا من بلوك ودوبسون Block & Dobson ١٩٩٨ العلاج المعرفي السلوكي بثلاث أبعاد :

١. أن النشاط المعرفي يؤثر في السلوك .
 ٢. أن النشاط المعرفي يمكن قياسه واختباره وتغييره.
 ٣. التغيير المرغوب للسلوك قد يتم من خلال التغيير المعرفي.
- مما ساعد في رسوخ هذا العلاج في العشرين سنة الأخيرة هو التطور الكبير والسريع في العلوم المعرفية مثل : علم الكمبيوتر - علم اللغة - العلوم العصبية والنفسية (فرغلي، ٢٠٠٣) .
- يطبق حالياً العلاج المعرفي السلوكي على نطاق واسع في أوروبا وأمريكا، وأستراليا، وبدأت مؤخراً تدب روح العلاج المعرفي السلوكي في جسد العلاج النفسي بالعالم العربي على الرغم من قلة المختصين فيه.
- قبل التعرف على العلاج المعرفي السلوكي يجب إيضاح نشأة وتطور وفنيات المدارس التي أنتجت هذا النوع من المعالجات وهما مدرستا العلاج السلوكي و العلاج المعرفي.

أولاً: نظرية العلاج السلوكي:

يعتبر العلاج السلوكي تطبيقاً عملياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم في ميدان العلاج النفسي، ويشير مصطلح العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي يسعى لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي للفرد.

يعتبر العلاج السلوكي الأمراض النفسية تجميع لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة، ويفترض أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا وضعت في بؤرة العلاج وغيرت الواحدة تلو الأخرى، ويركز على المشكلة الحالية للمريض.

تبدأ العملية العلاجية السلوكية بتحديد السلوك المطلوب تغييره أو تعديله، ثم تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب، ثم تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك، اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها، ثم تعديل الظروف السابقة للسلوك، ثم تعديل الظروف البيئية، وينتهي العلاج عند النقطة التي فيها الوصول إلى السلوك المعدل (زهران، ١٩٩٧)

يذكر إبراهيم (١٩٩٣) أنه لأول مرة في عام ١٩٥٨م أستخدم أرنولد لازاروس مصطلح العلاج السلوكي ليضيف نوعاً جديداً من العلاج النفسي ولقد بني هذا النوع من العلاج على عدة نظريات نذكر بعض منها:

١. الإشراف الكلاسيكي

الفكرة الأساسية التي اعتمدت عليها هذه النظرية هي أن السلوك ناتج عن مثيرات واستجابات وعندما يتم إقران هذه المثيرات بمثيرات أخرى قد تنتج عنها استجابات مختلفة، ومن أهم أمثلة الإشراف الكلاسيكي تجربة واطسون على البيرت الصغير والفار، وبيتر والأرنب، بقصد علاج الخوف معتمداً على أن التعليم الشرطي يفسر مخاوفنا الشاذة التي يمكن أن تنتقل وتعمم، وأن عملية الإشراف يمكن أن تستخدم للتخلص من هذا الخوف المكتسب فقد أختار واطسون الرضيع البيرت وهو في سن تسعة أشهر ليعلمه خوفاً جديداً عن طريق الإشراف أخذ واطسون يعرض الطفل أثناء نشاطه الروتيني لمثيرات هي أرنب وفار وقلب وقرد، ولاحظ أن الطفل يصل إلى هذه الحيوانات ويمسكها بلا خوف، وإذا أحدث صوتاً عالياً مزعجاً فجائياً فإن ذلك يحدث خوفاً شديداً يصاحبه بكاء، ولما بلغ الطفل أحد عشر شهراً بداء واطسون يربط بين الخوف الذي يصاحب الصوت العالي مع واحد من المثيرات التي كانت مسلية، فكان يظهر الأرنب وكلما هم بلمسه الطفل سمع صوت عالي مما يثير عنده رد فعل الخوف و أصبح مجرد رؤية الأرنب وحده تثير الخوف حتى بدون سماع الصوت العالي. هكذا تعلم الطفل خوفاً جديداً، ثم أكملت ماري جونز الشوط تحت إشراف واطسون، وافترضت أن هذا الخوف قد أكتسب شرطياً ونجحت باستخدام

الإشراف المباشر وهو ربط موضوع الخوف بمثير يستثير استجابة سارة واستخدمت في ذلك الحلوى وبعد أن تقدمها للطفل وأثناء انشغاله بها يظهر الحيوان بعيداً عنه، ومع تكرار هذا الموقف يقرب الحيوان رويداً رويداً ، وبعد ذلك أصبح الطفل يتقبل وجود الحيوان دون خوف(الصبوة، ٢٠٠٠).

٢. التحصين التدريجي

فكرته تقوم على أن المثيرات التي تستثير استجابات شاذة مثل الخوف المرضي، ثم يعرض المريض تكراراً وبالتدريج لهذه المثيرات المحدثة للخوف في ظروف يشعر فيها بأقل درجة من الخوف وهو في حالة استرخاء بحيث لا تنتج حالة الخوف ثم يستمر التعرض على مستوى متدرج في الشدة حتى يتم الوصول إلى أن المستويات العالية من شدة المثير لا تستثير الاستجابة الشاذة السابقة. قد استخدم هذا الأسلوب بنجاح للتغلب على حالات الذعر المبالغ فيه في القوات المسلحة وخاصة أثناء الحرب العالمية الثانية، واستخدم بنجاح في علاج مشكلات الشعور بالإثم والاكئاب والضعف الجنسي وغيرها.

قام لانج بجهد في تطوير الأجهزة لتعديل السلوك بالتخلص من الحساسية والتحصين التدريجي ضد الخوف، حيث يسجل المعالج خلال مقابلة علاجية قائمة متدرجة لمخاوف المريض ثم يريه مثيرات الخوف مرتبة بالتدريج من الأقل إثارة إلى الأكثر، ثم يدرب المريض وبالتدريج على الاسترخاء بدلاً من الخوف، ويتم تكرار التمرين حتى يتم لتخلص من الحساسية تماماً، وقد أبتكر لانج جهاز التخلص الآلي من الحساسية وهو عبارة عن جهاز به مسجل تعليمات الاسترخاء ويلبها عدد من فقرات الخوف، وعلى الجانب الآخر من الشريط معلومات وشرح تفسير للمريض عن موضوع الخوف وتعليمات بالاسترخاء، ويجلس المريض في غرفة ويسمع الشريط عبر سماعات الأذن ويرى ما يعرض عليه من صور ويتعامل مع الجهاز عبر أزرار مركبة في الكرسي، ويتم تسجيل البيانات الفسيولوجية مثل التنفس والنبض(الشناوي، ١٩٩٨).

لقد توالى ظهور الكثير من أجهزة التحصين التدريجي لأغراض متعددة مثل المثلية الجنسية، الضعف الجنسي، الخوف الاجتماعي ، وغيرها.

٣. التعلم بالنموذج

أبتكر آلبرت باندورا في جامعة ستانفورد ما أسماه النموذج العملي كأسلوب في العلاج السلوكي واستخدمه بصفة خاصة لعلاج الخوف من الثعابين، عن طريق عرض نموذج عملي حي من جانب المعالج والمشاركة بالتدريج من المريض حتى تزول الحساسية، والأسلوب سهل وبسيط فعندما يشاهد المريض المعالج يعمل شيء فإنه يميل إلى تقليده، فقد جمع باندورا بين ثلاث أساليب وهي التحصين التدريجي، ومشاهدة الأفلام لأطفال يلعبون بالثعابين، والنموذج الحي، حيث يستطيع المرضى لمس الثعابين فعلاً بعد حوالي عشر جلسات، واستطاع باندورا من إحراز نجاح مبهر بالنموذج الحي العملي مع الجماعات.

لقد زحرت المدرسة السلوكية بالكثير من العلماء اللذين قدموا مساهمات مميزة في العلاج النفسي أمثال بافلوف، ثوراندايك، كلارك هل، سكينر، وفولب، وغيرهم، كما قدم السلوكيين عدد كبير من الفنيات التي لازالت مستخدمة حتى وقتنا الحاضر وشكلت جزء كبير من فنيات العلاج السلوكي المعرفي (سري، ١٩٩٣).

ثانياً: نظرية العلاج المعرفي:

عُرِفَت المتغيرات المعرفية كمتغيرات مهمة في علم الأمراض النفسية والعلاج النفسي، ويمكن اقتفاء الجذور الفلسفية للعلاج المعرفي رجوعاً إلى الإغريقية القديمة، حيث أن الفكرة المركزية في النموذج المعرفي هي أن معالجة المعلومات أو تكوين معنى مفهومي لدى الإنسان يكون له تأثير كبير في الخبرات السلوكية والانفعالية، هذا الافتراض عن مركزية المعرفية في خبرات البشر له تاريخ طويل في الفلسفة، وفي الطب النفسي وعلم النفس. ووضح الفيلسوف الإغريقي زينيوس صاحب المدرسة الرواقية في نهايات القرن الثالث قبل الميلاد أن مفهوم الإنسان الخاطئ عن الأحداث هي مفتاح تقلباته الانفعالية وليس الحدث نفسه (عسل، ٢٠٠٨). وفي القرن التاسع عشر أفترض أميل كنت أن الاضطرابات النفسية تحدث نتيجة الفشل في تصحيح المعنى الخاص مع المعنى العام. مع تطور علم النفس برز علم نفس الظواهر الذي يرى رواده أن سلوك الفرد يتحدد بناء على نظريته لذاته وللعالم الشخصي، ويذكر كلارك أن العوامل المعرفية أيضاً تم التأكيد عليها من قبل مجموعة صغيرة من أنصار التحليليين الجدد أمثال أدلر وولبي في طريقتهم العلاجية عبر التحصين المنظم ووقف الأفكار والاسترشاد التخيلي، مثلاً لوجود المكونات المعرفية في

العلاجات السلوكية المبكرة. يذكر كلارك أن محاولة بعض السلوكيين في منتصف الستينيات تطبيق مبادئ التشريط لتعديل أحداث عقلية هي عبارة عن مبادرات معرفية (الرشيدي، ٢٠٠١) يرجع الفضل في العصر الحديث لعدد من العلماء منهم:

١. آرون بيك Back

يعتبر رائد العلاج المعرفي ففي العام ١٩٥٦م حاول تقديم دليل امبريقي للتفسير السيكوندينامي للاكتئاب الذي كان يعتقد في ذلك الوقت أنه صحيح، ووجد في دراساته وتجاربه بعض من عدم التطابق وعدم الاتساق مع النموذج السيكوندينامي لفرويد والذي أكد فيه أن المرضى المكتئبين يظهرون عدائية يعبر فيها عن صورة الحاجة للمعانة، فبالرغم مما أحاط ظهور وارتقاء العلاج المعرفي كما تبناه بيك في منهج عام من عدم الرضا عن طريقة التحليل النفسي في فهم وعلاج الاضطرابات الانفعالية ونداء بعض العلماء ذو التوجه السلوكي بأهمية دور الجوانب المعرفية كعوامل وسيطة في فهم وتفسير التعلم والاضطرابات النفسية فإنه يمكن القول بأن التأثير الأكبر لتبني بيك لهذا الاتجاه هو الدراسات التجريبية والملاحظات الإكلينيكية ففي البداية ركزت تجارب بيك على مفاهيم الغضب الموجه إلى الذات ودراسة الأحلام وتحليل مضمونها وقادة ذلك لاختبار ما يدعى الحاجة للمعانة لدى مرضى الاكتئاب وقام بيك وزملائه بدراسات وملاحظات إكلينيكية وكانت النتائج هي إعادة التفسير للاكتئاب كاضطراب يتسم بالتحيز السلبي الأساسي والمحتوى الظاهري لهذا التحيز يتضمن توقع نتائج سلبية كتوابع للسلوك في المجال الشخصي ونظرة سلبية للذات وللأهداف ويخبر بك أنه لاحظ المرضى يخبرون نوعاً من الأفكار الباهتة التي لم يكونوا واعيين بها تماماً، فلقد وجد أن الغضب غير الواقعي أو المبالغ فيه أو أي انفعال آخر كالحزن والقلق يعتمد على التقييم الفرد الخاص للأحداث فتصبح هذه التقييمات مسيطرة على انفعاله، وركز بيك على تفنيد الأفكار الذاتية السلبية ولا حظ أنها تكون نوعية وغير مترابطة، تلقائية جداً، مقنعة بالنسبة للمريض، بها اتساق موضوعي حتى برغم كونها غير مقبولة، تسبق الاستشارة الانفعالية وتتضمن تشويهاً للحقيقة. عندما وجه بيك مرضاه لتركيز انتباههم على الأفكار الذاتية وراح يسأل مرضاه فيما تفكر الآن؟ وصار يربط هذه الأفكار معاً. ووضح بيك أن الأعراض النفسية الاكتئاب هي اضطرابات التفكير، التي تحدث بسبب أخطاء التفكير المنظمة والمخططات الاكتئابية (Sanders, & Wills, 2005).

الجدول رقم (١) يوضح الأخطاء المعرفية الشائعة

الفكرة الخاطئة	مثال
الكل أو لا شيء	وضع الخبرات في واحدة أو اثنين من الفئات المتعارضة، مثل: كامل أو معيوب، فاسق أو عابد.
التعميم المفرط	لا يمكنني التحكم في أعصابي، الناس سيئين، الرجال خطرين.
عدم الالتفات للإيجابيات	كأن يقول لنفسه عند حدوث أمر جيد: هذا غير مهم أو غير ذا قيمة.
القفز إلى النتائج	لن أذاكر لأنني لن أنجح.
قراءة العقول	أنا أعرف ما يقصد وما يفكر به الآخرين.
قراءة الطالع	أنا أعرف ما سيحصل لي مستقبلاً.
التهويل والتهوين	تقليل أهمية حدث جيد، أو زيادة أهمية أمر سيء بسيط.
الإفراط في استخدام ألفاظ الوجوب	يجب أن أفعل، لازم أنجح.
التصنيف	أطلق الصفات على الأفراد ومن ثم إلصاق كل معاني الصفة على الشخص، مثل: أنا بنت سيئة، أنا ولد فاشل.
اللوم غير المتناسب	كثرة اللوم للذات والآخرين مثل: كان عليك أن تفعل كذا.

٢. البرت إليس Ellis

تاريخياً يعتبر البعض أن محاولات إليس في العلاج المعرفي سابقة عن تلك التي قدمها بيك، فالتحليل النفسي الانفعالي لإليس في عام ١٩٦٢م يشهد له بأنها أول محاولة علاجية منظمة معاصرة، ويذكر إليس أن بداية وضعه للعلاج العقلاني الانفعالي كانت بعد تركه للمدرسة التحليلية واستمرت ستة سنوات وقام فيها بإعداد بعض البحوث عن العلاجات النفسية الحديثة، وقدر له أنه استفاد من كتابات أيزنك وولبي حول إجراءات التحصين. وبعد أن قدم أول بحث له في مؤتمر الجمعية النفسية في شيكاغو عام ١٩٥٦م، بدأ بيك في بحثه عن التفكير والاكتئاب ونشر

أول مقال في ١٩٦٣م، لإليس دور بارز في البناءات المعرفية كالمعتقدات اللاعقلانية والتفكير السلبي في الاضطراب النفسي، واستخدم إليس في العلاج العقلاني الانفعالي استراتيجيات التدخل المعرفي السلوكي كوسيلة لزيادة التغيير الناتج في العلاج، وكانت الفكرة الأساسية في العلاج العقلاني الانفعالي هي افتراض أن التغيير لن يحدث إلا إذا تغيرت وعدلت الجوانب المعرفية المضطربة أي اللاعقلانية التي هي أساس الاضطراب، ويعتقد أن الفرد يولد ولديه استعداد للاستجابة للإيحاءات التي تظهر في عقله وذهنه وأن يولد برغبة قوية بأن يريد إحداث كل شيء في حياته على أحسن وجه وأن لم يحصل فإنه يلعن نفسه وعالمه، وأن للفرد القدرة على فهم أخطائه الإدراكية بأنها السبب في اضطرابه وعليه مناقضة هذه الإدراكات والتدرب على ذلك لتحقيق السلوك الواقعي، ويرى إليس أن صحة الفرد تكمن بين الاتزان و المبالغة في الاهتمام بالأحداث وفي تقبله للحقيقة الموضوعية التي لا يمكن تغييرها، وبالتعرف على حقيقة إمكانياته وعمل ما يناسب طاقة أعصابه وحياته والتخلص من التفكير المطلق والتخلص من تدعيم الأفكار الخاطئة بتفكيره وأفعاله اللاعقلانية، ويتقبله لذاته دون لوم أو معادة، وتقبل الآخرين والتسامح والصبر، عدم الإكثار من الشكوى من الحرمان والضيق والاعتدال وتقوية الإرادة والعمل. وقد أولى إليس طبقات التفكير حيزاً كبيراً من اهتمامه وهي نظام الإدراك عند الشخص وتتكون من ثلاث طبقات تتباين في العمق والقدرة على تعديلها (الرشيدي، ٢٠٠١).

١. الأفكار التلقائية Automatic Thoughts

هي الطبقة الظاهرة تفكير الشخص وتكون تلقائية وعفوية ويسهل الوصول إليها وتكون على سبيل الكلام المرسل الذي قد يظهر في الحياة اليومية ويمكن التعرف عليها و تعديلها في وقت قصير. مثل : لا أحد يرغب في الزواج مني.

٢. الأفكار الافتراضية Assumptions

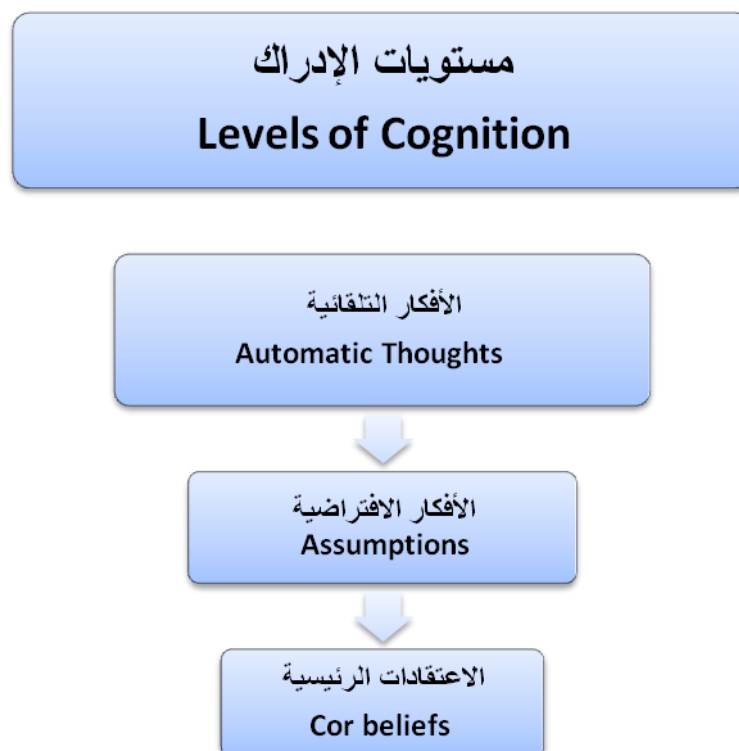
هي الطبقة المتوسطة ويغلب عليها أن الشخص يضع افتراضات للأمور وقناعته بها متوسطة وتتطلب وقت وجهد أكبر لاكتشافها ومعالجتها.

مثل: إذا لم أكن بكر فلن يتزوجني أحد.

٣. الاعتقادات الرئيسية Core beliefs

هذه هي آخر طبقة وهي التي غالباً ما تكون معمرة ومقصودة لا تقال بشكل عفوي، ويرجح أن تكون سبب الاضطرابات لأنها تغذي بقية الطبقات، لكن قناعة الأفكار بها غالباً ما تكون قاطعة ويقاوم دحضها بصورة كبيرة وتتطلب من المعالج مهارة وخبرة كبيرتين ووقت وجهد كبير جداً ليتمكن من اكتشافها وتعديلها، مثل: أنا سيئة (فرغلي، ٢٠٠٣)

شكل رقم (١) يوضح مستويات الإدراك لطبقات التفكير (Westbrook, 2007)



يعتقد إليس أن الفرد قد يقاوم التخلي عن أفكاره السالبة لنزعتة ليكون مثالياً وناقداً للذات، ولخطئه في ترتيب أولوياته وتفضيلاته لأن القيمة العليا عند الفرد هي التي قد تكون السبب في اضطرابه إذا أفرط في تقديراته.

جدول رقم (٢) يوضح تقدير القيم الحياتية (Simos, 2002).

القيم الحياتية	الدرجة من ٠ إلى ١٠
١. الأعمال Labor	
الوظيفة work	
تعليم الذات Self education	

٢. الحب Love	
مودة الشريك Intimacy	
الصداقة Friendships	
العائلة Family	
الفلسفة الروحية spirituality philosophy	
٣. الراحة Leisure	
الاستجمام Recreation	
الترفيه Entertainment	
الصحة Health	
التمارين الرياضية Fitness	

من أشهر وأهم إنجازات إيليس نموذج أ-ب جـ A-B-C paradigm لمعالجة الأفكار اللاعقلانية الآلية وهي:

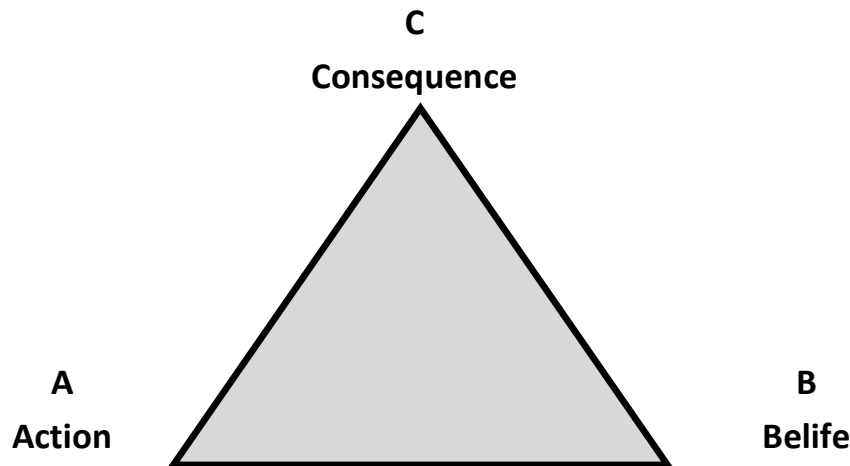
أ تعني الأحداث A- Action

ب تعني المعتقدات B- Belief

ج تعني النتائج أو العواقب C- consequence

ركز إيليس على الكيفية التي تؤثر بها الأفكار الذاتية في ردود الفعل، وموضحاً للأفراد الدور الذي تقوم به تلك الأفكار الآلية في الاضطراب الانفعالي. ويسميه بعض المعالجين المحدثين بالمثلث المعرفي ويعتمد على أن الأحداث ليست مؤثرة بذاتها إنما أفكار الأشخاص عنها هي التي تؤدي إلى تغير في الانفعال إذاً نحن لا نحتاج تغير الأحداث بل يكفي تعديل أفكار الأفراد عنها. تطورت هذه النظرية وأصبحت أ-ب-ج-د-هـ (A- B- C- D-E) وتم إضافة د لمناقضة الأفكار منطقياً D- Disprove، وه للتأثير E- Effect ويتم دحض الأفكار بطرق منطقية سوف يتم عرضها لاحقاً في هذا المبحث وبالتالي يحصل التأثير المطلوب (إبراهيم، ٢٠٠٦).

شكل رقم (٢) يوضح المثلث المعرفي عند إليس



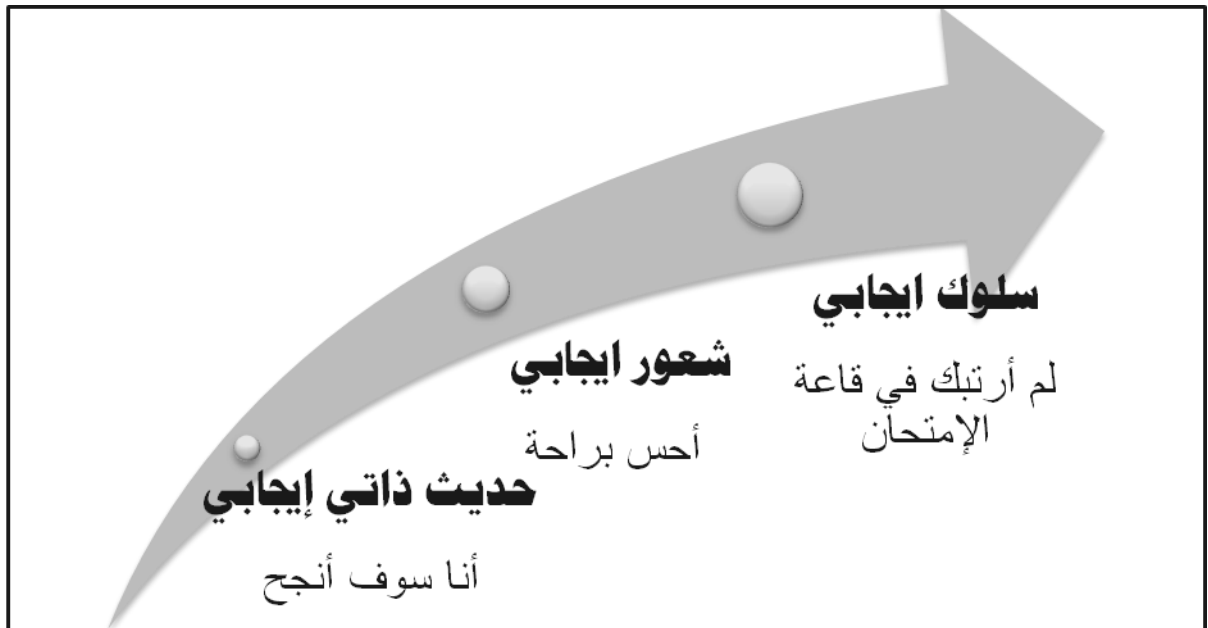
٣. ماكينبوم Meichenbaum

ركز على فهم الفرد كمسئول عن إحداث سلوكياته، ويعتبر الحديث الإيجابي للذات أساس نظرية ماكينبوم. ولقد استنتج أن توجيهات الفرد لنفسه (إعطاء أوامر لنفسه) ، لها دور كبير في عملية التعلم. وعندما كان يعد للدكتوراه قام بتدريب المرضى الفصاميين على أن يقولوا لأنفسهم كلام صحي، وقد وجد أن بعض المرضى يقومون بتوجيه تعليمات لأنفسهم كأن يقولوا: كن واضحاً وصريحاً، أما التجربة الثانية فقد كانت على أحد المعاقين الذي كان يخرج لسانه للعاملين في المصحة ، فقرر أن يعالجه عن طريق الاشتراط المنفر أي يقوم المعالج بإخراج لسانه للمريض لكي ينفر المريض من هذا السلوك (الإشراط المنفر) ، ومن خلال إحدى المقابلات بين المعالج وبين المريض قال: لماذا يا دكتور لا تطلب مني مباشرة أن لا أخرج لساني وعندها أتبع نصيحة المريض وطلب منه الكف عن إخراج لسانه فتعدل سلوكه ولم يعد يخرج لسانه. وحينها أخذ يفكر فيما إذا ما تم تدريبهم على أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم. قد ركز على حديث الذات والحوار الداخلي، واستخدام الخيال، على أمل أن يعرف إذا كان لها تأثير على سلوك المرضى. كما بدأ في تطوير تفسير نظري لوظيفة هذه العوامل في تغيير السلوك. وقد عرض نتائجه في شكل تقرير ولم يعرضها في صورة نظرية كاملة مصحوبة بالأدلة والممارسة في العملية العلاجية (www.acofps.com)

أستخدم ماكينبوم أسلوب التوجيه الذاتي على الأطفال ذوي النشاط الزائد وعلمهم أن يتكلموا مع أنفسهم من أجل ضبط سلوكهم، وأستخدم أسلوب التقليد والنمذجة، بالإضافة للتعزيز، ولقد درب كل فرد على أن يراقب سلوكه ويقيم أعماله، وأن يوجه نفسه إذا أخطئ، وأن يفكر قبل أن يقوم بالمهمة ويستخدموا خيالهم ويقدموا عبارات المديح والاستحسان، وعلمهم أن يضعوا احتمالات ويقوموا استجابات بديلة ومناسبة لتحقيق الهدف. وقد نجح في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية، مثل الاندفاعية، والنشاط الزائد، والعدوانية عن طريق استخدام التعليمات الذاتية وقد أدى استخدام هذه الطريقة إلى إعطاء نتائج أفضل. وأستخدم طريقة في تدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم حيث اشتملت التعليمات اللفظية التي يقولونها لأنفسهم على:

إعادة صياغة مطالب المهمة أو الواجب، تعليمات (إرشادات) بأداء المهمة ببطء، وأن يفكر قبل التصرف، أسلوب معرفي باستخدام التخيل في البحث عن حل، و عبارات تقدير للذات.

شكل رقم (٣) يوضح تأثير الحديث الذاتي على المشاعر والسلوك



يفترض ماكينبوم أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دور في تحديد السلوكيات الذي سيقومون به، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية. إن الحديث الداخلي أو المحادثة الداخلية ، تخلق الدافعية عند الفرد وتساعد على تصنيف مهاراته ، وتوجيه تفكيره للقيام بالمهارة المطلوبة. الاتجاه المعرفي يركز على كيفية تقييم الفرد لسبب انفعاله وإلى طريقة عزوه لسبب هذا الانفعال ، هل هو سببه أم هم الآخرون ؟ ويرى بأن هناك هدفا من وراء تغيير الفرد لحواره الداخلي، ويجب تحديد حاجة الفرد للشيء الذي يريد أن يحققه ، والشيء الذي يرغب فيه، إن إدراك الفرد يؤثر على فسيولوجيته ومزاجه. وأن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغير سلوك الفرد ، كما أن عملية التغير تتطلب أن يقوم الفرد بعملية الامتصاص ، أي أن يمتص الفرد سلوكا بديلا جديدا بدلا من السلوك القديم ، وأن يقوم بعملية التكامل بمعنى أن يبقى الفرد بعض بناءاته المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديدة لديه، وتندمج الأبنية الجديدة مع القديمة عن طريق الإحلال أو الإزاحة، وكذلك عن طريق التكامل أو الاندماج (الشناوي، ١٩٩٨).

إذا رجعت إلى التراث الإسلامي في هذا المقام فإننا نجد أن الكثير ممن كتبوا عن أهمية أحاديث الذات والخواطر في تكوين السلوك ، قد سبقوا رواد المعرفيين سنين طوال لذا لا بد من إيراد بعض النماذج منهم:

أولاً: أبو حامد الغزالي

ذكر أبو حامد الغزالي (المتوفى سنة ٥٠٥ هـ) موضوع حديث النفس في عدة مواطن من مصنفه الشهير إحياء علوم الدين. يقول في بيان ما يؤاخذ به العبد من وساوس القلب وهمها وخواطرها فهناك أربع أحوال للقلب قبل العمل بالجراحة وهي: الخاطر وهو حديث النفس، الميل، الاعتقاد، الهم.

هنا نلمس أن الغزالي لم يتوقف عند حديث النفس ، واعتبره هو العامل الأساسي في السلوك والانفعالات ، بل جعله بداية سلسلة من العمليات الأخرى ، ومنها الميل ، وهو يمثل الاتجاه، ثم الاعتقاد وهو أيضا عملية عقلية ، ويمثل الفكرة الراسخة ، وأخيرا الهم الذي يمثل بداية الخروج من العمليات العقلية ، والانطلاق إلى السلوكيات

والانفعالات الظاهرة، وفي تناول الغزالي لموضوع الغضب ، نجده يهتم بالجوانب المعرفية في إرجاع سبب الغضب إليها ، وكذلك في اعتبارها عند العلاج ، ويقول : (ومن أشد البواعث على الغضب عند أكثر الجهال تسميتهم الغضب شجاعة ورجولية وعزة نفس ، وكبر وهمة ، ويلقبه بالألقاب المحموده غباوة وجهلا حتى تميل النفس إليه وتستحسنه) ثم إن الغزالي عند تناوله لموضوع علاج الغضب يقسم هذا العلاج إلى علم (جوانب معرفية) وعمل (جوانب سلوكية)، ويرى أن علاج الغضب يكون بمعجون (أي بخليط) من العلم والعمل، وإذا تمعنا في هذا النموذج للغزالي في علاج الغضب ، نجده سبقا له في تحديد الطريقة المعرفية السلوكية لعلاج الاضطرابات النفسية.

ثانياً: ابن قيم الجوزية

المتوفى سنة ٧٥١هـ ، فقد اهتم بجانب الخواطر التي دعاها الغزالي من قبل بأحاديث النفس، وأن الخواطر هي بداية الأعمال، وهي التي توصل إلى العادات. أن علاج الخواطر وقطعها من مبدئها أيسر بكثير من قطع العادات. كما ينظر ابن القيم إلى النفس على أنها أشبه بالرحى الدائرة ، وأن ما يلقي إليها تطحنه وتخرج مادته، وما يلقي إليها هو الخواطر التي إن صلحت كان الناتج عملا صالحا ، وإن خبثت كان الناتج عملا خبيثا. يقول ابن القيم في كتابه الفوائد : (مبدأ كل علم نظري وعمل اختياري هو الخواطر والأفكار ، فإنها توجب التصورات ، والتصورات تدعو إلى الإرادات ، والإرادات تقتضي وقوع الفعل ، وكثرة تكراره تعطي العادة، فصلاح هذه المراتب بصلاح الخواطر والأفكار ، وفسادها بفسادها). ثم يقول في موضع آخر : (واعلم أن الخطرات والوساوس تؤدي متعلقاتها إلى الفكر فيأخذها الفكر فيؤديها إلى التذكر، فيأخذها الذكر فيؤديها إلى الإرادة، فتأخذها الإرادة إلى الجوارح والعمل ، فتستحكم فتصير عادة، فردها من مبادئها أسهل من قطعها بعد قوتها وتماها). ويتميز الأسلوب الذي ركز عليه ابن القيم في تناوله لهذا الموضوع أنه أوضح الدور الذي يلعبه الإيمان والعقل في التعامل مع هذه الخواطر ومراقبتها والإبقاء على أحسنها، ورفض القبيح منها ونفوره منه. ويقول : (ومعلوم أنه لو لم يعط الإنسان أمانة الخواطر ولا القوة على قطعها تهجم عليه هجوم النفس، إلا أن

قوة الإيمان والعقل تعينه على قبول أحسنها ورضاه به ومساكنته لها ، وعلى دفع أقبحها وكراهته له ونفوره منه).

إذا عادت إلى الحديث عن ميكنبوم وجدت أنه يعوزه كما حدث مع آخرين ذلك المحك أو الميزان الموضوعي الذي يمكن أن يحتكم إليه الفرد نفسه ، فيكون تصحيحه ذاتيا ومتسقا من وقت إلى آخر ويحتكم إليه المرشدون والمعالجون حين يحاولون التعرف على موطن الخطأ في التفكير ، أو في التصورات ، أو المعتقدات ، أو فيما يحدث به الناس أنفسهم الخواطر. فهم لا يرجعون إلا لتصوراتهم أنفسهم ، وهم بذلك يضعون المعايير وينصبون أنفسهم حكاما على مدى موافقة الجوانب المعرفية لدى مسترشدتهم ، والتي يرون أنها سبب مشكلات هؤلاء المسترشدتين لهذه المعايير التي افترضوها . بينما إذا رجعنا لما كتبه الغزالي ، وما كتبه ابن القيم حول هذه الجوانب لرأينا أن المعيار واحد وثابت ، وليس من وضعهما ، وإنما هو مشتق من المنهج الإسلامي بأصليه الأساسيين القرآن الكريم والسنة النبوية(www.acofps.com).

تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

هو أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي وهو علاج مباشر وتوجيهي تستخدم فيه آليات معينة وفنيات معرفية وسلوكية لمساعدة المريض لتحديد أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي. من المعروف أن السلوك الانفعالي ينتج من الداخل بسبب أفكار في وجدان الفرد حول موضوع معين هو الذي يكون مادة انفعالاته نحو هذه المواضيع، فالجهد العلاجي لابد وأن يبدأ بتغيير الأفكار والافتراضات والإدراكات الذاتية الخاطئة والتي ينتج عنها الانفعالات السلبية والسلوك المضطرب ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على باثولوجيا النفس المشتقة من علم النفس الاجتماعي وعلم النفس المعرفي ونظرية إجراء المعلومات ونظرية التحليل النفسي. وتعتمد فنيات وآليات قواعد العلاج المعرفي السلوكي جزئياً على الإمام بالإطار النظري وجزئياً على الخبرات والممارسة العلمية(فرغلي، ٢٠٠٣).

فكلمة معرفي Cognitive مشتقة من مصطلح Cognition ولقد استُخدمت بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح، منها على سبيل المثال لا الحصر (استغراق ، تعرّف ، ذهن)، إلا أن كلمة معرفي تُستخدم بكثرة في التراث النفسي والكلمات الثلاث الأولى (استغراق أو تعرّف أو ذهن) هي الترجمات المناسبة لـ Cognition (حسيب، ٢٠٠٩).

يُعرّف كندول (1993) Kendall المذكور في المحارب أن العلاج المعرفي السلوكي هو محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي، التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة، بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسباق الاجتماعي من حوله، من خلال استخدام استراتيجيات معرفية ، سلوكية ، انفعالية، اجتماعية وبيئية، لإحداث التغيير المرغوب فيه (المحارب، ٢٠٠٠).

كما عرفه مليكة (١٩٩٤) بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل. وتتمثل أساليبه العديدة في التدريب على مهارات مواجهة التحكم في القلق، التحصين ضد الضغوط، أسلوب صورة الذات المثالية، التدريب على التعليم الذاتي، وقف الأفكار.

يُعرّفه ستيفن وبيك (Steven & Beck, 1995) بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية.

يرى النمر (١٩٩٥) بأن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على تعديل، أو تغيير المكونات المعرفية الخاطئة أو السلبية عن الذات أو الآخرين بأخرى صحيحة أو إيجابية.

يُعرّف الجلبي واليحيى (١٩٩٦) العلاج المعرفي السلوكي بأنه نوع من العلاج النفسي يضع الخلل في جزء من العملية المعرفية وهي الأفكار أو التصورات عن النفس والآخرين والحياة يستند على نظريات علم النفس المعرفي، ونظريات معالجة المعلومات، ونظريات علم النفس الاجتماعي.

يعرفه برين (١٩٩٦) بأنه التدخل الإرشادي ببعض الفنيات المعرفية المنتقاة لخفض الاضطراب الوظيفي الانفعالي من خلال تغير التقييمات الفردية ونماذج التفكير، كما أن الغرض من العلاج يكمن في خفض الضغوط للسلوكيات غير المرغوب فيها من خلال تعلم سلوك جديد، وخبرات أكثر تكيفاً مع العلاج السلوكي للأعراض التي يتبعها تغير معرفي، من خلال ممارسة سلوكيات جديدة، وتحليل أخطاء التفكير وتعلم أحاديث ذاتية أكثر.

بدايات علم النفس المعرفي الحديث:

إن جزء كبير من علم النفس المعرفي يتصل بدراسة الكيفية التي يتمثل بها العقل والمعرفة، والتي أطلق عليها بعض المعرفيون أسم التمثيل الداخلي أو الترميز. منذ حقبة طويلة والناس يتسألون كيف نفكر؟ ونتعلم؟ ونحتفظ بالمعرفة؟ يمكن اقتفاء أثر الافتتان بموضوع المعرفة في الكتابات المبكرة، لقد افترض قدماء المصريين أن المعرفة مقرها القلب، وقد ناقش الإغريق قضية التمثيل العقلي والتفكير والتذكر، وتطور الحال حتى بدء العلماء المعرفين بدراسة المخ، ثم نشط العلماء بدراسة التفكير منطلقين من مبدأ التجريب، ثم تطور الأمر في القرن العشرين وارتبطت أبحاث علم النفس المعرفي بالتعلم ونشطت التجارب على الحيوانات والبشر، ثم عاد الاهتمام بالتركيز على وظائف الانتباه، والتذكر، واللغة، والتفكير (الصبوة وآخرون، ٢٠٠٠).

يزخر ميدان العلاج النفسي المعاصر بمدارس وأساليب متعددة قد تصل إلى أكثر من مائة شكل من أشكال العلاج النفسي، وإزاء هذا التعدد أو حتى التناقض يمكن اعتبار (العلاج المعرفي - السلوكي) (Cognitive-behavioral therapy (CBT نموذجاً لاستراتيجيات علاجية يخترق هذه المتاهة ويقدم نظرية تكاملية في تغيير السلوك تقوم على التكامل بين تيارات متنوعة في العلاج النفسي، ويمكن تحديد خطين رئيسيين سواء من ناحية التنظير أو البحث أسهما في تطور منحنى العلاج المعرفي - السلوكي CBT وهما:

١. المعالجات المعرفية الدلالية Cognitive- semantic therapies وروادها جورج كيلي Kelly في نظريته عن أبنية الشخصية personal

constructes وهي الطريقة التي يرى بها الفرد العالم أو التي يعزو بها معنى لخبرته) و (آلبرت إيليس Ellis (في نظريته عن العلاج العقلاني الانفعالي rational-emotive therapy ومفادها أن المعاناة الانفعالية تعزى إلى الأسلوب اللاتكيفي الذي يرى به الفرد العالم وإلى المعتقدات اللاعقلانية التي يتمسك بها، و آورن بيك Beck في نظريته عن العلاج المعرفي cognitive therapy التي تركز كذلك على عمليات التفكير والأبنية المعرفية.

٢. أما الخط الثاني الذي يرتبط أيضاً بتطور استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي فهو نظرية التعلم الاجتماعي social learning therapy كما يمثلها جوليا روتر Rotter وآلبرت باندورا Bandura و والتر ميشيل Mischel و دونالد مايكنباوم Meichenbaum ومن هنا فإن المعالجين المعرفيين السلوكيين يولون أهمية كبيرة للتفاعل بين العمليات المتعددة المتضمنة في تفكير الفرد ومشاعره وسلوكه، ونواتجها في البيئة (الرشيدي، ٢٠٠١).

مراحل تغيير السلوك في العلاج المعرفي السلوكي:

تركز استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي على نموذج لتغيير السلوك يتم على عدة مراحل.

المرحلة الأولى: عملية التغير وتدريب الفرد لكي يكون ملاحظاً جيداً لسلوكه ومساعدته على تحديد مشكلاته في ضوء النظر إليها على أنها قابلة للحل، أي أن العلاج النفسي في هذه المرحلة يعمد إلى تشجيع اكتشاف الذات self-exploration أو مراقبة الذات self-monitoring وتلك ركيزة أساسية لتطور عملية إعادة التصور أو إعادة التقدير المعرفي لدى الفرد لمشكلته، وتتوجه.

المرحلة الثانية: مساعدة الفرد على تحقيق التغير المعرفي والانفعالي والسلوكي، ويتحدد الهدف في هذه المرحلة بإحداث التغير في ثلاثة مجالات هي: تغيير السلوك لدى الفرد، وتعزيز النشاط التنظيمي - الذاتي self regulatory عن طريق تغيير العبارات الذاتية والصور والمشاعر التي تعوق التوظيف التكيفي، وتكوين الأبنية المعرفية التي يدرك الفرد من خلالها ذاته والعالم ويستبعد منها الأفكار والمشاعر المثبطة للذات.

المرحلة الثالثة: فتركز على تعزيز التغيرات وتعميم تغير السلوك وصيانتها، وتجنب احتمالات الانتكاس، وهكذا فإن النموذج المعرفي السلوكي في العلاج يصمم لتعليم الفرد أن ينشط كما لو أنه (عالم شخصي) personal scientist يجمع بياناته (بمساعدة المعالج) كي يستخدمها كدلائل لتغيير معارفه ومشاعره وسلوكه (Wells, 1997).

سيكولوجية المعرفة :

يقصد بسيكولوجية المعرفة مجموعة العمليات ذات الارتباط الوثيق بالمعرفة وهي:

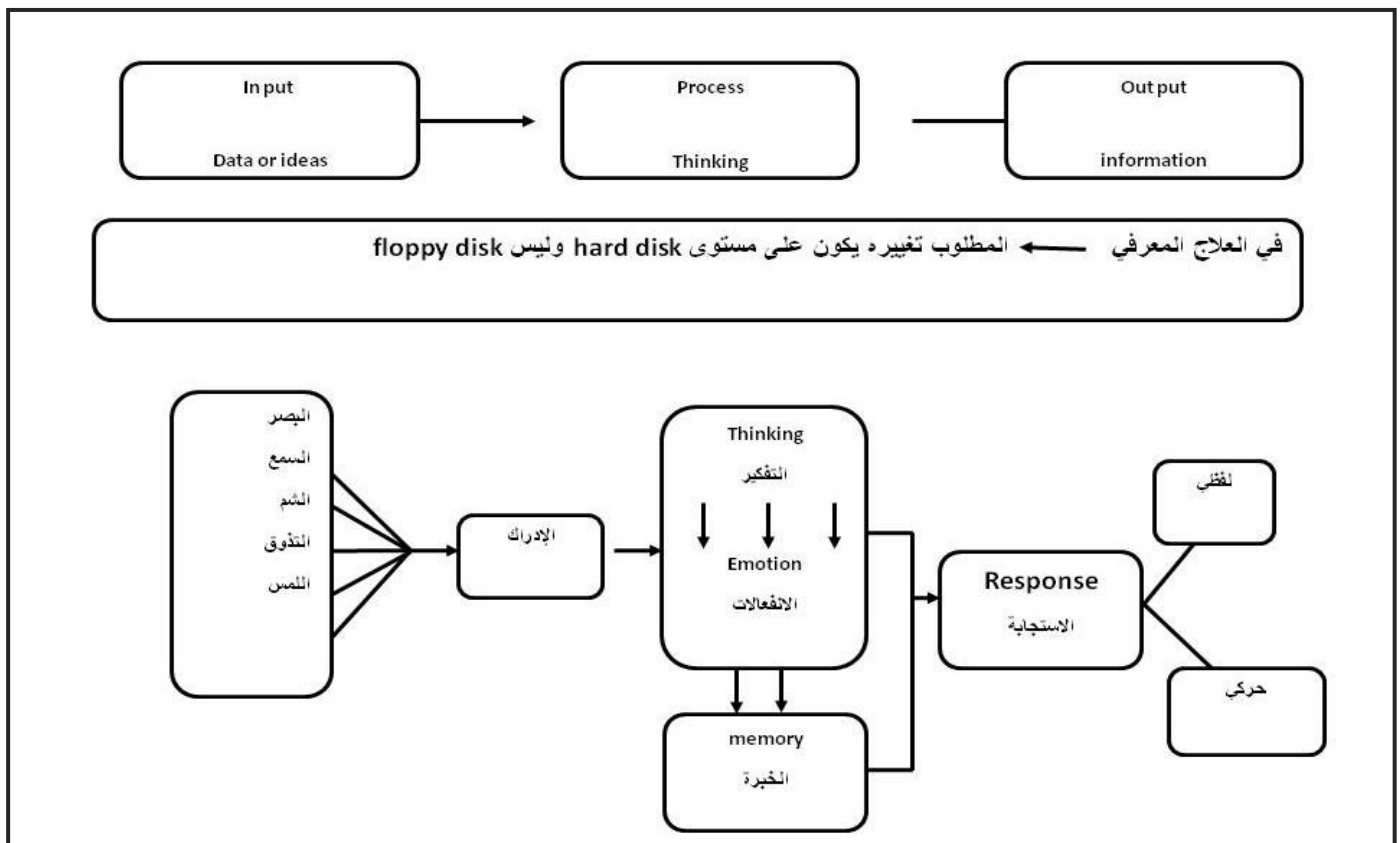
أولاً: الوظائف المعرفية

تتمثل هذه الوظائف في الإنتباه، الذاكرة، التفكير، الإدراك، التوجيه (التشويق)، الفهم، القدرات الحسابية، التعلم، اللغة، الحكم على الأمور، الوظائف التنفيذية مثل: (اتخاذ القرار، وضع خطة، حل المشاكل).

ثانياً: المعرفة والكمبيوتر

يرتبط الكمبيوتر بالمعرفة لأنها إحدى وسائل تحصيلها كما أن فكرة المعرفة مثل فكرة الكمبيوتر من حيث المدخلات والمخرجات وطرق المعالجة.

شكل رقم (٤) يوضح العلاقة بين المعرفة والكمبيوتر



ثالثاً: المعرفة والمشاعر

المعرفة تتحكم في العاطفة والسلوك وكل مرض له فكرة معرفية مبرمجة خطأ

جدول رقم (٣) يوضح الأفكار الخاطئة وعلاقتها بالأمراض

المحتوى المعرفي	الاضطراب النفسي
رؤية سلبية للذات والخبرات والمستقبل	اكتئاب
رؤية مفتوحة للنفس والذات والمستقبل	الهوس
الخوف من خطر وتهديد غير معلوم	قلق
الخوف من خطر معين	مخاوف
الخوف من حدوث كارثة مرضية فورية	هلع
الاهتمام الزائد بوجود مرض بالجسم	توهم
وجود إحساس غير طبيعي بالجسم	اضطراب نفسي جسدي
رؤية الآخرين كما لو كانوا منحازين أو منحرفين	بارانويا
أفكار مستمرة عن الأمن - أفعال متكررة لتجنب الخطر	وسواس قهري
الخوف من السمنة وأن يصبح البدن غير جذاب	اضطراب الأكل

رابعاً: التشوه المعرفي

الأفكار السلبية عبارة عن أخطاء معرفية تؤدي إلى تشويه الإدراك وافتراسات خاطئة نتيجة للتفسير غير العقلاني للخبرات إلى يمر بها الفرد، وتشوه المعرفة أو المعرفة الخطأ تحدث بوحدة أو أكثر من الطرق الآتية.

١. الحكم التعسفي (الاستنتاج الاعتباطي) Arbitrary inference

هو استنتاج بدون دليل أو بناءً على أدلة ضعيفة.

مثال : قد يقول الممرض هذا العلاج لا يناسبني إذا وجد صعوبة في أحد

جوانب الواجب المنزلي.

٢. التعميم over generalization :

إصدار أحكام بناءً على موقف واحد .

مثال : مهندس مرتشي = كل المهندسين مرتشين.

٣. المبالغة (التحويل) Magnification :

٤. التقليل Minimization

تقليل الشيء أو الظاهرة عن الحجم الطبيعي.

٥. التفكير المخالف (ثنائية التفكير) Dichotomous thinking

لا يحبني = يكرهني .

ليس معي = هو ضدي.

٦. تبني أفكار الآخرين transposition.

٧. التخييل العاطفي personalization .

الشخص يحكم على الأمور بطريقة تتناسب مع تفكيره فقط.

٨. التفكير الخرافي superstition thinking (عبد الستار، ١٩٩٨) .

جدول رقم (٤) يوضح الافتراضات الخاطئة والتدخلات العلاجية المناسبة لها

التدخل العلاجي المعرفي	الافتراضات الخاطئة	التشوه المعرفي
التعرض للفكرة الخاطئة مناقشة العوامل التي أدت إلى نتائج الحالة بغض النظر عن أحداث الماضي.	ما كان حقيقة في الماضي يجب أن يكون حقيقة دائماً.	الاستنتاج الاعتباطي Arbitrary inference
التعرض للفكرة الخاطئة إثبات خطأ الافتراض.	ما يقول على شيء واحد يقال على كل الأشياء.	التعميم over generalization
توضيح أن أي شيء في الدنيا يتيم في شكل استمرارية تدريجية continuum	كل شيء إما أبيض أو أسود.	ثنائية التفكير Dichotomous thinking
استعمال الأساليب التي تذكر المريض بمواقف النجاح السابقة في حياته.	اختيار الأحداث والمواقف الفاشلة فقط والقياس عليها بوصف الذات بالضعف والفشل.	التفكير الانتقائي Selective abstraction
التركيز على مناقشة المريض في الأسباب والمعايير التي جعلته يشعر أن الكل ينظر إليه وما هي الحقائق.	الكل ينظر إلي أدائي السيء فقط وأني السبب في معظم المصائب.	التفكير الشخصي الانفعالي personalization
جمع الاحتمالات الحقيقية مع التركيز بالأدلة أنه ليس بالضروري حدوث الأسوأ	توقع حدوث الأسوأ دائماً.	تشاؤم وتوقع المصائب Catastrophizing

خامساً: النموذج المعرفي للاكتئاب Bekian Model of depression

شكل رقم (٥) يوضح النموذج المعرفي للاكتئاب عند بيك



خصائص العلاج المعرفي السلوكي

١. تحقيق علاقة طيبة بين المعالج والمريض لكسب ثقته وحرصه على العلاج واستمراريته.

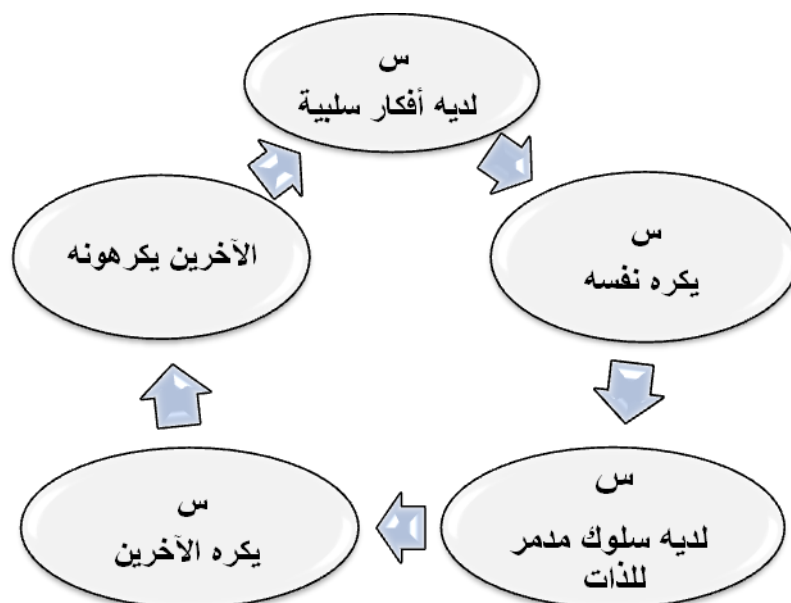
٢. شرح الأعراض المرضية وكذلك استجابته الشخصية لهذه الأعراض في الماضي والحاضر وعلاقتها بما يفعله الآن وما يشعر به حالياً ومساعدته على إبراز مشاعره وأفكاره الداخلية إلى حيز انتباهه وشعوره مع تحديد المعتقدات غير العقلانية والأفكار السلبية.

٣. إظهار عدم عقلانية وعدم منطقية ما يقوله المريض لنفسه - وتوضيح أن التفكير الخاطئ ينشأ من خلال التعلم المبكر غير المنطقي سواء كان من الأسرة أو الثقافة أو البيئة وأن الإنسان يتميز بأنه يفكر دائماً وأثناء التفكير يصاحبه الانفعال وحيث يوجد تفكير غير عقلائي يوجد سلوك مرضي وجداني.

٤. مهاجمة الأفكار السلبية والمشاعر الدونية وعدم التسامح والتفكير الخرافي والمعتقدات غير العقلانية بالمعرفة الصحيحة والإدراك والتفكير العقلائي المنطقي بإحدى طريقتين إما الدعاية المضادة أو المعارضة المباشرة والمستمرة.

٥. استخدام الأساليب التعليمية والتدريبية المناسبة لحدث المريض على استبدال سلوكه الخاطئ المبني على الأفكار السلبية بسلوك جديد. قاعدة عامة أنه حين يفكر الإنسان بطريقة عقلانية يكون فعالاً وسعيد وحين يفكر بطريقة غير عقلانية يكون غير كفى وغير سعيد، الأفكار السلبية تؤدي إلى مشاعر سلبية عن الذات وبالتالي إلى تواصل غير سوي مع الآخرين (فرغلي، ٢٠٠٣).

شكل رقم (٦) يوضح تأثير الأفكار السلبية على السلوك



أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

١. تحديد واختبار السلوك المضطرب والأفكار الآلية الخاطئة.
٢. زيادة اهتمام المريض بنفسه وتقبله لذاته وتقبله للتفكير العقلاني المنطقي.
٣. مساعدة المريض على التخلص من الأفكار السلبية عن طريق إيجاد أفكار بديلة صحيحة.
٤. التدريب على الاستجابات المعرفية السلوكية الجديدة.

شكل رقم (٧) يوضح تغير الأفكار السلبية إلى أفكار ملائمة

تفكير خاطئ	تفكير ناضج
تفكير من زاوية واحدة	زوايا متعددة ←
تفكير مطلق	نسبي ←
تفكير متجمد	متغير ومرن ←
تفكير انفعالي	واقعي ←

استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي:

يتضمن العلاج المعرفي السلوكي CBT استراتيجيات متعددة من أبرزها: استراتيجيات صرف الانتباه، إعادة البناء المعرفي، والتدريب على التحصين ضد الضغوط، مهارات المواجهة، الاسترخاء، التخيل السار، خفض الحساسية، والتدريب على حل المشكلات، ونتناول هذه الاستراتيجيات من حيث استخدامها في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة فيما يلي :

أولاً: صرف الانتباه

تستخدم هذه الفنيات للحد من عملية اجترار الأفكار السلبية التي تساعد على استمرار المشكلة، وهي مهمة في بداية العلاج وهي قد لا تحدث تغيرات معرفية جوهرية ولكنها تحسن من مزاج المريض الأمر الذي يساعد على حل المشكلة وتسمى بفنيات صرف الانتباه مثل :

- أ. التركيز على شيء معين: يدرب المريض على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة الآتية : أين هو بالضبط، ما لونه وشكله، مما صنع، كم يوجد منه، ما الفائدة منه.
- ب. الوعي الحسي : يدرب المريض على ملاحظته للبيئة المحيطة به أو ما يدرون بداخل جسمه.

مثال : ما الذي تراه بالضبط إذا نظرنا حولك؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟

- ج. التمرينات العقلية : مثال العد التنازلي بطرح ٧ من ١٠٠ أو الحيوانات التي تبدأ بنفس الحرف الهجائي أو تذكر حدث معين. الذكريات والخيالات السارة : أذكر الأحداث السارة بأكبر قدر من الوضوح (رحلة سعيدة مثلاً) بينك وبين نفسك (عبدالله، ٢٠٠٧).

ثانياً: إعادة البناء المعرفي

ثمة استراتيجيات علاجية مختلفة تعتمد على أسلوب إعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring therapy، ولكن يبرز من بينها نموذجان متميزان، هما: نموذج (إيليس) في العلاج العقلاني الانفعالي ونموذج (بيك) في العلاج المعرفي، ويركز هذان النموذجان على تأثير الأفكار والمعتقدات والمعارف على سلوك الفرد ومشاعره، ويكمن وراء هذا المنحى أساس نظري منطقي يقرر أن انفعالات الفرد وأنماط سلوكه تحكمها إلى حد كبير الطريقة التي يفسر بها عالمه. ومن هنا تصمم استراتيجيات إعادة البناء المعرفي لمساعدة الفرد (الحالة) على تعرف تصوراتها الذهنية المشوهة اللاتكيفية ومعتقداته غير الوظيفية، واختبارها في الواقع Reality-test وتصحيحها ويسلم المعالجون المعرفيون بأن المشاعر السالبة تنتج عن الطريقة التي نفسر بها الأحداث، وفي هذا يقدم (إيليس) أسلوب يعرف بـ(نموذج أ-ب-ج) (A-B-C paradigm) لمعالجة الأفكار اللاعقلانية الآلية (أ) = المقدمات أو الأحداث المسببة، ب = المعتقدات، ج = النتائج أو العواقب، مركزاً على الكيفية التي تؤثر بها الأفكار الذاتية في ردود الفعل، وموضحاً للأفراد (الحالات) الدور الذي تقوم به تلك الأفكار الآلية في الاضطراب الانفعالي.

بناء على هذا الأسلوب، يطلب المعالج إلى المريض أن يستحضر في ذهنه موقفاً غير مرتبط بالحدث الصدمي الذي صار فيه مضطرباً (مثال ذلك، عدم حصوله على ترقية في عمله) ثم يواجهه إلى طرح استجاباته إزاء "أ" "ب" "ج" وفي البداية يقوم المعالج بإكمال "أ" (المقدمات أو الأحداث أو الخبرات) ثم "ج" (النتائج أو العواقب الانفعالية والسلوكية) أو تصورات أو عبارات كانت تعمل في ذهن الفرد وأدت بالتالي إلى استدعاء حالة من الكدر أو الضيق أو القلق أو الاكتئاب أو الانسحاب) وبعد هذه الخطوة يطلب إلى الفرد (الحالة) أن يجري هذا الأسلوب من التحليل A-B-C analysis لكي يقف على الأسباب التي تجعله في موقف ما يصير مضطرباً، ولكي يستبصر الدور الذي تقوم به أفكاره ومعتقداته في توجيه ردود أفعاله وبهذه الطريقة فإن المعالج المعرفي يساعد الفرد على:

١. إن يحدد الأفكار السالبة الآلية والافتراضات الصامتة التي تسهم في اضطرابه الانفعالي وفي استمراره.

٢. أن يتعرف الأخطاء أو التحريفات أو التشويهات المعرفية.

٣. أن يستبدلها بمعتقدات وأفكار ومهارات اجتماعية أكثر تكيفية. ويتضمن العلم بإستراتيجية إعادة البناء المعرفي الخطوات التالية:

١. إكمال "أ" "ب" "ج" .

٢. إكمال "ب" والتوصل إلى صميم الافتراضات الآلية عن الحدث أو الموقف أو الأشخاص.

٣. اختبار مدى واقعية الافتراض الذي يندرج تحت "ب" ويتطلب ذلك تقييم الدلائل التي تؤيد الافتراض أو تدحضه.

٤. وإذا كان الدليل غير كاف، عليه أن يستبعده، فإنه قد يستبعد الافتراض أو يحصل على مزيد من المعلومات.

٥. وإذا كانت توجه دلائل كافية، عليه أن يستجيب بطريقة عقلانية وتكيفية، أو يبحث عن استجابة تتوفر فيها شروط السلامة والأمان.

يشجع المعالج المعرفي الأفراد على القيام ببعض تعيينات الواجبات المنزلية homework assignments تحقيقاً لاستمرار التقدم بين الجلسات، واستثارتهم لكي

يأتوا بأقصى ما يمكنهم من مبادأة في العلاج الذاتي، وزيادة مهاراتهم في استخدام هذه الإجراءات، وغالباً ما يتم ذلك وفقاً لجدول أسبوعي تتقرر فيه الواجبات المتدرجة Graded task assignments كما يجري الاتفاق عليها بين المعالج والفرد (الحالة) وهذه الواجبات توفر مهام أو أنشطة متدرجة بطريقة تيسر من تطور نمو إحساس الفرد بالكفاءة والتقدير (عبدالله، ٢٠٠٧).

ثالثاً: التحصين ضد الضغوط

يبرز من بين الاستراتيجيات المعرفية السلوكية في علاج الضغوط والقلق والألم والتعب وغير ذلك من الظواهر النفسية السالبة، ذلك النموذج الذي يقدمه دونالد ميكنباوم Meichenbaum ، وما يتضمنه من برامج عملية، وهو ما يعرف باستراتيجيات التدريب على التحصين ضد الضغوط Stress inoculation training (SIT) وقد أفاد هذا النموذج من إسهامات نظرية وتجريبية ذات مناح متعددة كالنظرية المعرفية في تعلم المهارات المعرفية ومهارات الاسترخاء وغير ذلك من مهارات المواجهة. قد يبدو التحصين أو التحصين النفسي مفهوماً غير مألوف في استخداماتنا في علم العلاج النفسي، ولكن يمكن تتبع أصول هذا المفهوم من منظور عدة مناح أساسية طبية وسلوكية ومعرفية.

يتمثل المنحى الطبي أساساً في بحوث والتر كانون Cannon ١٩٣٩ في العشرينات عن الاستجابة الفيزيولوجية المعروفة باستجابة المواجهة أو الهرب fight or flight response وهي تلك البحوث التي آلت به إلى تقديم مصطلح الضغط stress وهو المفهوم الذي تبناه (هانز سيلبي Selye منذ عام ١٩٥٦ في بحوثه لأكثر من أربعين عاماً عن الاستجابة الفيزيولوجية للضغوط، وإذا كان التحصين Inoculation وفقاً للنموذج الطبي يقوم على أساس تعويض الفرد لجرعات متدرجة من الأجسام المضادة لكي تستثير ردود الفعل المناعية الدفاعية، فإن التحصين بالمعنى النفسي يقوم على تعويض الفرد لجرعات من المواجهة للمواقف والخبرات الضاغطة أو لذكرياتها لتقوية إمكانات المواجهة عنده.

يبدو المنحى السلوكي فيما يقدمه جون ولبي (Wolpe، ١٩٥٨) في نظريته عن العلاج عن طريق الكف بالنقيض Recipocal inhabitation من نموذج في

علاج المخاوف والقلق خاصة، يعرف بـ (خفض الحساسية المنظم) systematic desensitization.

أما المنحى المعرفي فيتمثل أساساً في نظرية وبحوث (لازاروس) Lazarus عن التقدير المعرفي cognitive appraisal للفرد للمواقف والأحداث والخبرات، ولتفاعله معها، ولكيفية إدراكه، ويركز هذا النموذج على مهارات التأقلم coping skills في التعامل معها، ووفقاً لهذا المنحى، فإن الطريقة التي يدرك بها الأفراد تلك المواقف والأحداث والخبرات واستجاباتهم لها، هي التي تحدد درجة شدة الإحساس بالضغط، ومن ثم فإن التحصين بناء على ذلك يتم من خلال إعادة التقييم المعرفي لتلك الأحداث والخبرات الصدمية، وكذلك من خلال التدريب على المهارات المعرفية في مواجهتها وفي التعامل مع آثارها.

يتمثل المنحى المعرفي السلوكي في برامج (مايكنباوم) Meichenbaum ١٩٨٥، (١٩٨٨) في التدريب على التحصين ضد الضغوط stress inoculation training وتلك إستراتيجية مرحلية تقوم في الأساس على إعادة البناء المعرفي للفرد وعلى تعلم مهارات التأقلم للضغوط ونقل أثر التعلم إلى مواقف الحياة الواقعية. يمكن بناءً على ما سبق، تحديد مفهوم التحصين أو التحصين النفسي على أنه تدخل وقائي يسعى إلى تقوية إمكانات الفرد على الاستجابة للمواقف الضاغطة على التعامل مع آثار وخبرات المواقف والأحداث الضاغطة، مع الاحتفاظ بحالة أقل من الانفعالات المضطربة وبمستوى أعلى من التكيف السلوكي، وذلك من خلال التعرض التدريجي المنظم لجرعات من المواجهة للمواقف أو للأحداث الضاغطة ولذكرياتها، حيث يتم في هذا السياق إعادة تنظيم للخريطة المعرفية للفرد وتعلم العمليات الدفاعية في شكل مهارات التأقلم، أي تقوية إمكانات المناعة النفسية الدفاعية في مواجهة الضغوط وآثارها (الرشيدي و آخرون، ٢٠٠١).

تستند فعاليات برامج التدريب على التحصين ضد الضغوط (SIT) إلى توجه عام يركز عليه مايكينبوم في المجلد الخاص الذي قام بتحريره بالاشتراك مع جارمكو عن خفض الضغوط والوقاية حيث يوضح أن الوقاية من ردود الأفعال السالب أو غير البناءة للضغوط تتطلب مواجهة فعالة وناجحة.

يتحدد الهدف من برامج التدريب على التحصين ضد الضغوط في تعلم فئة شاملة ومرنة من مهارات التأقلم **COPING SKILLS** سواء تلك المهارات المعرفية أو المهارات السلوكية التي يمكن تطبيقها عبر الزمن وعبر المواقف. والواقع إن برامج التدريب على التحصين ضد الضغوط تؤلف مجموعة من الاستراتيجيات المتنوعة يجري تقديمها بطريقة مرنة بحيث إنه يصعب أن تكون هناك استراتيجية بعينها من هذه الاستراتيجيات مما يمكن أن يعول عليها فحسب في التحصين ضد الضغوط، الأمر الذي يتأكد معه توجه عام في تقديم هذه البرامج، وهو تشجيع الأفراد المتدربين على إنماء رصيد واسع من مهارات التأقلم يستطيعون الانتقاء منها ما يناسب مواقف الحياة المتنوعة، فحيثما لا تجدي استراتيجية معينة للتأقلم، يمكن محاولة استخدام غيرها من الاستراتيجيات، فالمشكلات أو الاضطرابات المتعلقة بالضغوط يمكن غالباً وقاية الأفراد منها إذا تم تعليمهم في سياق فعاليات التدريب على التحصين ضد الضغوط على التعامل بمرونة بهذه المهارات وعلى اعتبار المواجهة على أنها عملية متطورة مع الزمن (إبراهيم، ١٩٩٨).

تتضمن برامج التدريب على التحصين ضد الضغوط، أو كما يطلق عليها أيضاً برامج التدريب على مهارات التأقلم في التحصين ضد الضغوط **stress-inoculation coping skills training** طائفة واسعة ومرنة من الاستراتيجيات التي تمثل معيناً غنياً من مهارات التأقلم الفعالة التي يمكن موائمتها مع تغير وتنوع مواقف الحياة واعتباراً لتطورها مع تغير الزمن. تعتمد هذه الأساليب على التدريب على استخدام العبارات الذاتية **self-statements** باعتبارها تعليمات يوجهها الشخص إلى ذاته، ومن ثم تعمل بمثابة وسائط لفظية **verbal mediators** في التنظيم الذاتي **self-regulation** لاستجاباته إزاء الضغوط ومثيراتها. وتتضمن هذه الإستراتيجية أربع فئات من العبارات الذاتية، وذلك فيما يلي :

الفئة الأولى : الأفكار الهادئة **Cool relaxed thoughts**

هي مجموعة من الأفكار كنماذج أو أمثلة من الملطفات أو المسكنات الانفعالية **Emotional palliatives** تم تصميمها كي تخلق في الشخص هدوءاً انفعالياً

ينتمى بالتدريج بطريقة مباشرة من خلال محتواها أو بطريقة غير مباشرة من خلال تنشيط الاسترخاء كمهارات لمواجهة القلق والحالات الانفعالية الأخرى.

الفئة الثانية : إعادة البناء المعرفي للأفكار اللاتكيفية

Cognitive restructuring of maladaptive thoughts

تلك أيضاً مجموعة من الملطفات أو المسكنات الانفعالية، ولكنها تركز على تغيير الأفكار المضطربة وظيفياً والمولدة للقلق Dysfunctional anxietyengendering thoughts ويؤدي تغيير التفكير اللاتكيفي إلى هدوء أكبر من خلال الانفعالية المنخفضة التي تخلقها الأفكار التكيفية.

من ذلك يتضح أن الفئتين الأولى والثانية يتم تصميمهما لخفض الاستثارة المعرفية والانفعالية المتداخلة (الشناوي، ١٩٩٨).

رابعاً: مهارات التأقلم

يؤكد الخبراء أن المهام التوافقية تتحقق من خلال تدريب الأفراد والأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة على التمكن من مهارات التعامل مع الضغوط (مهارات التأقلم) coping skills أي التعامل بإيجابية مع الضغوط التالية للصدمة، ويلاحظ هنا أن هذه المهارات لا تكون ذات فاعلية بشكل مطلق في كل المواقف، فبعضها قد يكون فعالاً في موقف وغير فعال في موقف آخر، وقد تكون هناك مهارات مفيدة ولكنها تكون ضارة أو غير مجدية إذا اقتصر الاعتماد وحدها بشكل جامد. يركز مفهوم (المهارة) على الجوانب الإيجابية في التأقلم على أنها قدرة يمكن تعلمها وتعليمها، كما يمكن استخدامها بمرونة وفقاً لمتطلبات الموقف. تتحدد مهارات التأقلم في ثلاث مجالات أساسية ويتضمن كل مجال منها أنماطاً من استجابات المواجهة coping responses التي تجرى فيها توظيف تلك المهارة وذلك فيما يلي:

أ. التأقلم المرتكز على التقدير Appraisal-focused coping :

تتضمن هذه الفئة من المهارات مساعدة الفرد على فهم الموقف أو الحدث الصدمي، واستبصار الخبرة الصدمية في نسق من المعنى. وتعتبر عملية تقويم الموقف أو الحدث وإعادة التقويم شكلاً من أشكال التأقلم الفعالة بقدر ما يعمل التقويم وإعادة

التقويم على تعديل المعنى، أي معنى كل ما حدث، وعلى الاستبصار بالواقع والمتوقع. وتشمل هذه الفئة من المهارات استجابات التأقلم التالية :

١. التحليل المنطقي والتهيؤ العقلي / logical analysis / mental preparation :

يدور هذا النمط من الاستجابات على تركيز الانتباه على جانب واحد من الخبرة الصدمية في وقت واحد، وتجزئة المشكلة الكلية التي تبدو للفرد كمشكلة جسمية، إلى وحدات أو عناصر صغيرة يمكن التحكم فيها، والاستفادة من الخبرات السابقة كأن يكون هناك في تاريخ الفرد مواقف نجاح يتذكرها لمواجهة مشكلات صعبة، وتكوين خطط معرفية schemata لأفعال بديلة ولنتائجها المحتملة، وبهذا التوجه يستطيع الفرد أن يكون لنفسه معنى معيناً من مجريات الأحداث أو أن يجد فيها مغزى أو غرضاً عاماً كأن يرى في كل ما حدث إرادة الله سبحانه وتعالى ورحمته، وعلى ذلك فإن وضع الخبرة الصدمية والضغط التالى للصدمة في نسق منظور بعيد المدى (يرتكز غالباً على توجه ديني) إنما ينطوي على تقوية للفرد بقدر ما يجعل هذه الخبرات أكثر تحملاً وتقبلاً .

٢. إعادة التحديد المعرفي cognitive redefinition : يشتمل هذا النمط

من استجابات المواجهة على الاستراتيجيات المعرفية التي تساعد الفرد على تقبل الحقيقة الأساسية للأحداث الضاغطة والضغط التالى للصدمة، ولكنه يعيد بناء تلك الحقيقة لكي يجد فيها شيئاً مقبولاً. وتتضمن هذه الإستراتيجية ما يلي :

١. تذكير الفرد بأنه كان من الممكن أن تكون الأمور أسوأ مما وصلت إليه.
٢. نظرة الفرد إلى نفسه والمقارنة بالأشخاص الآخرين.
٣. تغيير القيم والأولويات كي تتفق مع تغير الواقع.
٤. التركيز على شيء جديد أو جانب إيجابي مما يمكن استخلاصه أو الاستبصار به من ثنایا الحدث وتداعياته.

يركز بعض الباحثين على إستراتيجية تعرف بالتقويم الانتقائي selective evaluation يمكن بها إزكاء الذات وإزكاء الموقف في عملية التأقلم مع الضغوط الصدمية وتتضمن ما يلي:

١. توجيه الفرد أو الأسرة أو الجماعة الاجتماعية بصفة عامة إلى أن يقارنوا أنفسهم بآخرين ممن كانوا أقل حظاً منهم .
٢. التركيز على الخصائص الشخصية ومصادر الشخصية التي يمكنهم استثمارها في تحسين صورة الذات ليكونوا في موقف أفضل.
٣. تخيل مواقف أو أحداث افتراضية تكون أسوأ مما خبروه من مواقف.
٤. تحديد محكات معيارية للتوافق يظهر أساسها أن ما يبدو منه من توافق إزاء هذه المواقف أو الأحداث، هو آليات استثنائية أو غير عادية.
٥. استخلاص فوائد أو جوانب إيجابية من بين ثانيا ما تعرضوا له من خبرة صدمية.

مما لا شك فيه أن هذه الأنماط من الإدراكات الانتقائية تفيد كثيراً في تقليل أو تخفيض الجوانب الضارة للأحداث الضاغطة والمساعدة على تنمية آليات التوافق.

٣- الإحجام أو الإنكار المعرفي Cognitive avoidance/denial :

تتضمن أنماطاً من الاستجابات التي تهدف إلى إنكار الحدث أو تقليل إمكانية حدوثه، وتلك إستراتيجية مرحلية تساعد الفرد على تقبل الحدث حيث يمكنهم عندئذ من أن يتعاملوا معه على أساس مغزاه بعيد المدى، كأن يعتقد الأشخاص الناجون من الأحداث الصدمية أن حياتهم سوف تعود إلى طبيعتها على وجه السرعة وأنهم سوف يستعيدون فاعليتهم، وثمة مثال آخر، هو القمع الشعوري للخبرة الصدمية، مثلما تحاول امرأة تعرضت لاغتصاب أو لسوء معاملة أو سوء استخدام استبعاد هذه الخبرات من الذاكرة ويمكن وصف هذه المهارات على أنها (آليات دفاعية) للتوافق لأنها تمثل استجابات لحماية الذات إزاء الضغوط وهذه الآليات بالرغم من أنها لا توفر قيمة بنائية للعلاج قد تحمي الفرد من أن تستحوذ عليه الخبرة الصدمية أو أنها توفر له الوقت اللازم لتعبئة مصادر المواجهة الشخصية الأخرى لديه.

ب. التأقلم المرتكز علي المشكلة problem –focused coping

تشتمل هذه الفئة من المهارات علي اتخاذ مواقف عملية وإجراءات فعلية لمواجهة الواقع وعواقبه .ويتم ذلك من خلال التعامل مع النتائج والآثار الملموسة للخبرة الصدمية وللضغوط التالية للصدمة ،واتخاذ موقف أكثر قبولاً وفاعلية.وتشمل هذه الفئة من المهارات استجابات التأقلم التالية:

١. البحث عن المعلومات والمساندة seeking information and

support

يتوجه هذا النمط من استجابات التأقلم إلى السعي إلى الحصول علي معلومات متعلقة بالحدث الضاغط وعواقبه والي البحث عن أساليب بديلة للعمل واستبصار نتائجها المحتملة فعلي سبيل المثال قد يبحث الفرد عن معلومات تتعلق بمسئوليته إزاء ما حدث وعن القواعد والإجراءات التي ينبغي اتخاذها والعمل بها، وقد يعتمد بعض الأفراد إلى أسلوب عقلي يتمثل في التحليل المنطقي لمجريات الأحداث كي يستعيدوا إحساسهم بالضغط عن طريق تعلمهم المطالب التي ينبغي أن يقوموا بها ويهيئوا أنفسهم ذهنياً للتغلب علي المشكلات المتوقعة عن طريق التفكير خلال المراحل التي تمر بها الخبرة الصدمية وعواقبها من الضغوط التالية للصدمة.يرتبط بمهارات البحث عن المعلومات والحصول عليها فئة أخرى من مهارات التأقلم التي تتعلق بالقدرة علي البحث عن السند أو الدعم وإعادة التوكيد أو الطمأنينة من جانب الأسرة والأقارب والأصدقاء وغيرهم من مصادر المساندة والتكافل في المجتمع ولاشك في أن الحصول علي السند والدعم والشعور بالطمأنينة يعتبر مصدراً فعالاً لتقوية الفرد علي التأقلم مع الضغوط، ولكن ينبغي التعامل مع التوتر لا بإزالته ولكن علي أساس من التوازن بين السعي إلى الاسترخاء والاحتفاظ بالاعتماد علي الذات ويتضح ذلك من الحقيقة بان الأفراد الذين تظل مشاعرهم في حاله من الغليان، أو الذين يحرمون أنفسهم من التفاعل الاجتماعي ،إنما يحرمون أنفسهم من تلقي العون والسند من الآخرين(الرشيدي،٢٠٠١).

مما يوصي به في هذا الشأن، أن الأفراد ذوي الخبرات الصدمية المتماثلة ،كما في حالة الاستشهاد، الأسر، الكوارث أو الاغتصاب يمكنهم أن يتلقوا دعماً وسنداً فعالين

من خلال الاشتراك في مجموعة خاصة تعرف بجماعات العون الذاتي help self groups حيث يمكن أن يتبادلوا المشاعر والأفكار والمؤازرة بين بعضهم بعضاً تحت إشراف وتوجيه من الاختصاصيين والمسؤولين ذلك نمط من المساندة ربما لا يمكن الحصول عليه من أي مصدر آخر.

٢. اتخاذ إجراء عملي لحل المشكلة Taking problem –solving action

تتوجه هذه الفئة من استجابات المواجهة إلى اتخاذ فعل أو عمل محدد للتعامل مباشرة مع الضغوط الصدمية وعواقبها فعلي سبيل المثال قد يقوم أعضاء الأسرة ببناء خطط مبدئية علي أساس يوم بيوم والمشاركة في الأعمال المنزلية والأعباء الأسرية ومواصلة العمل أو الدراسة والمساعدة علي توفير الخدمات المحلية وتقديم العون للآخرين من الأسر الأخرى ومثل هذه الأعمال تخلق إحساساً بالكفاءة وتقدير الذات في ظروف باعثة علي التهديد والشعور بالقلق ولاشك في أن توجيه الفرد إلى خارجه كان يسعى إلى مساعدة الآخرين من أعضاء أسرته أو الأسر الأخرى قد يساعد بدوره علي خفض ما يعانيه من ضغوط.

٣. السعي إلى الحصول علي إثابات بديله pursuing alternate rewards

يبدو ذلك في محاولات الأفراد في سبيل البحث عن بدائل لما حدث من خسارة وضرر وذلك عن طريق تغيير أنشطتهم وخلق مصادر جيدة للإشباع وعمل خطط قريبه المدى للتعامل مع المشكلات والصعوبات ووضع أهداف محدودة ومحددة، ويتضح ذلك على سبيل المثال من إستراتيجية أسر الأسرى وزوجاتهم في التعامل مع الضغوط التالية للصدمة فهؤلاء الزوجات لا يستطعن التعامل بشكل مباشر مع تلك الضغوط القائمة والمستمرة لذا غالباً ماتتوجه معظم إستراتيجيات التأقلم عند(مثل السعي إلى الاحتفاظ بوحدة الأسرة وتكاملها ودعم رسالتها، والعمل علي الاعتماد علي الذات، والسعي إلى الحصول علي عمل أو إلى المشاركة في الخدمة العامة) إلى أن تكون الاستراتيجيات متمركزة علي المشكلات ومواجهتها، من حيث أنها تقوم علي تغيير الذات أو تغيير البيئة أو كليهما علي نحو يساعد علي تلبية متطلبات الظروف الضاغطة وعلي التكيف

مع الضغوط التالية للصدمة. قد تشمل هذه الاستراتيجيات مساعدة أشخاص آخرين علي التغلب علي أزمة مماثلة، أو المشاركة في إلقاء محاضرات في مراكز أو أندية عامة، أو خطب في مساجد، أو كتابة مقالات أو كتب، واتخاذ موقف من المشاركة في عمل ذا طابع سياسي أو قانوني أو اجتماعي لتغيير اتجاهات الآخرين (الرشيدي، ٢٠٠١).

ج. التأقلم المرتكز علي الانفعالات Emotions – focused coping

تركز هذه الفئة من مهارات المواجهة على ضبط المشاعر والانفعالات التي تستثيرها الخبرة الصدمية ومنبهات الإشرافية، وتستدعيها بشكل غامر آلياً الإحجام بما تتضمنه من ذكريات وأفكار وصور عن الحدث الصدمي، كما تركز هذه المهارات على الاحتفاظ بحالة من الاتزان الوجداني، وتشمل هذه الفئة من المهارات استجابات المواجهة التالية.

١. التنظيم الوجداني Affective regulation : تركز مهارات التنظيم الوجداني على الجهود التي يبذلها الفرد للاحتفاظ بالأمل ولضبط الانفعالات عند التعامل مع المواقف الضاغطة أو مع ذكريات أو أفكار تستدعيها المنبهات المقترنة بالحدث الضاغط أو تثيرها الهاديات التي ترمز إليه بشكل أو بآخر ويتأكد في هذا الجانب التدريب على تحمل الغموض والتناقض، وعلى حفز الفرد إلى القيام بعمل مباشر وتقويته للتمكن من التحكم في مشاعره، ومن الاحتفاظ بشعوره بالاعتزاز وبتقدير الذات، ويفيد في هذا الشأن استخدام إستراتيجية خفض الحساسية المتوالي Progressive desensitization التي تقوم على حفز الأفراد إلى تعويد أنفسهم بالتدرج إلى عوامل الضغوط ومنبهاتها وبالتالي حساسيتهم إزاءها وتحسينهم ضدها.

٢. التفريغ الانفعالي Emotional discharge : وتتضمن مهارات الاعتماد على أساليب وأنشطة تساعد على تصريف مشاعر الغضب واليأس وتتمثل أساليب خفض التوتر في التدريب على الاسترخاء وفي ممارسة الأنشطة الفنية كالرسم أو التمثيل، أو الأنشطة الرياضية، أو سرد الوقائع وكتابة المذكرات أو المناقشة الجماعية، أو استخدام الدعابة والتهكم والمرح، وقد تتمثل في استخدام بعض

الفنيات العلاجية مثل المقعد الخالي والمقعد الساخن ويلاحظ بعض الأفراد قد يلجأون إلى أساليب غير تكيفية مثل تعاطي العقاقير والمخدرات أو التدخين أو توجيه الانفعالات نحو الأشخاص الذين يساندوهم ويمدون لهم يد العون مثل الأقارب أو رجال الشرطة، حيث يعكس ذلك حالة من التذبذب بين الضبط الانفعالي والتفريغ الانفعالي .

٣. التقبل الواقعي أو الإذعاني Resigned acceptance : وتقوم هذه الاستجابات على تقبل الموقف كما هو، والتسليم بأن ما حدث من مواقف وما تبعها من عواقب لا يمكن تغييره، وبأن ذلك يخضع إلى نوع من (القضاء والقدرة) ولا شك في أن التوجه الديني يعزز هذا النمط من استجابات المواجهة من ناحية أخرى، يمثل التقبل ركيزة أساسية لتفكير والتدبير في أساليب بديلة أو جديدة لمواجهة الضغوط التالية للصدمة (الرشيدي، ٢٠٠١).

والخلاصة أن مهارات المواجهة يمكن أن تركز على المعنى، أو الجوانب العملية، أو الانفعالات التي علفت بالحدث وبمنبهاته.

خامساً: لعب الدور

تعتبر فنية لعب الدور إحدى فنيات العلاج النفسي المعرفي السلوكي الجماعي القائم على نظرية الإسقاط، ويعتمد نجاح الفرد من الزاوية الاجتماعية على قدرته في القيام بالدور المطلوب منه، ولذا فإن التدريب على لعب و إتقان الأدوار، وتعلم المهارات الاجتماعية، يعد مطلباً جوهرياً في التعايش مع المواقف الاجتماعية المتعددة وإدارتها، ويتم ذلك من خلال تصميم المواقف الداعية للنقة بالنفس، والتي قد يتعثر الفرد فيها في تواصله اللفظي مع الآخرين، فيبدو مضطرباً في شخصيته، متلججاً في كلامه (حسيب، ٢٠٠٩).

من خلال فنية لعب الدور يتمكن الفرد من مواجهة الضغوط النفسية، والتعامل مع المواقف الداعية للقلق والغضب بشكل خيالي، حتى إذا واجهته هذه المواقف بشكل حي كان قادراً على مواجهتها بطريقة إيجابية يتأكد فيها ثقته بنفسه.

يرى زهران (1997) أن لعب الدور يوفر للطفل أن ينمى بعض الشخصيات التي تتصل بمشكلاته، ويجسد مشاعرهم وانفعالاتهم مما يؤدي إلى التنفيس الانفعالي،

وتحديد المشكلة النفسية التي يعاني منها الفرد على وجه الدقة، والشعور بمشاعر الغير، وهو ما يوفر قدرا كبيرا من الاستبصار .
يؤكد عبد الستار إبراهيم (1993) على أن لعب الدور يساعد الأطفال على اكتساب المهارات الاجتماعية المصاحبة للدور، وأن هناك مراحل أساسية لإجراءات لعب الدور هي :

١. عرض النموذج المراد أدائه والتدريب عليه
 ٢. وتشجيع الأطفال على أداء الأدوار المطلوبة منهم.
 ٣. تصحيح الأداء مع تدعيم الجوانب الموجبة منه.
 ٤. إعادة الأداء حتى يتمكن الطفل من اكتساب المهارات المتعلقة بالأدوار
- بذلك يكون من السهولة تطبيق هذه المهارات في الحياة الطبيعية (حسيب، ٢٠٠٩)
- سادساً: الاسترخاء والتخيل السار

١. الاسترخاء العضلي

- أ. يتعلم الفرد في البداية الاسترخاء لست عشرة مجموعة عضلية باستخدام طريقة تتابع التوتر الاسترخاء بالنسبة لكل مجموعة عضلية .
- ب. يستبعد التوتر العضلي من هذا التتابع، ويتركز التدريب على طريقة الاسترخاء وحدها لهذه المجموعات العضلية.
- ج. يلي ذلك التدريب على الضبط القائم على استخدام كلمات هادية Cuewords حيث يطلب إلى الفرد أن يكرر كلمات هادية (مثل : ثقيلة، صائبة، دافئة) كلما أرخى عضلاته ومن شأن هذه الكلمات أن تصبح مقترنة بالاسترخاء، ويمكن أن تستخدم لتيسير استدعاء الاستجابة داخل الجلسة العاجية وفي الموقف التي تتطلب استجابة تكيفية للمواجهة، وفي هذه الفترة يشجع الفرد على ممارسة الاسترخاء بالمنزل مع الاستعانة بتعليمات على شرائط وذلك لتيسير تعلم الاستجابة (عبد الستار، ١٩٩٣).

٢. التدريب على التخيل السار Pleasant imagery training

في نهاية التدريب على الاسترخاء، أو بعد أن يتقن المريض الاسترخاء بعد عدة جلسات يجرى تدريب الفرد على التخيل السار، وتعتمد هذه الطريقة على إسهامات

(لانج) وبناء على هذه الطريقة، يطلب إلى الفرد أن يتخيل صوراً أو مشاهد سارة تستدعي حالة من الاسترخاء لديه (كأن يكون جالساً على شاطئ البحر، أو يصطاد سمكاً من بحر أو نهر أو بحيرة) في القوت الذي يقدم فيه المعالج تفاصيل يمكن تصورها عن المشهد، ويطلب إلى الفرد أن ينتبه لكل من المنبه (الهاديات الخارجية وعناصر الاستجابة (الهاديات الداخلية) للمشهد المتخيل.

يتمثل الغرض من التدريب السار في زيادة حالة الاسترخاء وتحديد قدرة الفرد على تخيل مشهد سار مع توجيه المعالج، فإذا كان المريض قادراً على تكوين صور بصرية واضحة ويستطيع أن يتخيل هاديات حسية أخرى مثل السمع والشم واللمس، فإن المعالج عندئذ يمكن أن يتقدم، أما إذا كان الفرد يبدي صعوبة، فإن ذلك يتطلب مزيداً من التدريب على الخيال (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠١).

مثال لتطبيق الاسترخاء والتخيل السار في جلسة واحدة:

يجب أن تذكر للمريض أنه سوف يتعلم طريقة جديدة لخفض القلق ولزيادة الثقة بالنفس تعتمد على التحكم بالتنفس وتسمى هذه الطريقة الاسترخاء العضلي، وأنه قد يشعر أثناء ممارسة التمرين بتنميل في الأصابع وإحساس بالدوار لكن هذا شيء طبيعي لأن عضلات الجسم تبدأ بالاسترخاء، لذ عليه تركيز تفكيره على حركة العضلات وما سيشعر به من راحة.

كل شد للعضلات يجب أن يرافقه شهيق وكل إرخاء يرافقه زفير ، ويتم تكرار كل حركة ثلاث مرات.

ثم يسأل إذا كان لديه أي سؤال قبل أن البداية، ثم يتم اتباع التعليمات التالية:

١. أجلس في وضع مريح أعد رأسك وظهرك للوراء.
٢. أغلق عينيك منعاً لحدوث التششت.
٣. أغلق راحة يديك بإحكام وقوة، شهيق، لاحظ الإحساس بالشد والتوتر في يديك.

٤. أفتح راحة يديك ببطء، زفير، لاحظ الإحساس بالراحة والهدوء.

٥. اثني ذراعك بإحكام وقوة، شهيق، لاحظ الإحساس بالشد والتوتر في ذراعك.

٦. أرخي ذراعك ببطء، زفير، لاحظ الإحساس بالراحة والهدوء.
٧. أرفع كتفيك كأنك تريد ملامسة أذنك، شهيق، لاحظ الإحساس بالشد والتوتر في كتفيك.
٨. أعد كتفيك لوضعها الطبيعي، أشعر بالشد والتوتر في ساقيك.
٩. دع ساقيك يسترخيان، زفير، لاحظ الإحساس بالراحة والهدوء.
١٠. اثن قدميك باتجاه الوجه بقوة، شهيق، لاحظ الإحساس بالشد والتوتر في يديك.
١١. أعد قدميك لوضعها الطبيعي، زفير، لاحظ الإحساس بالراحة والهدوء.
١٢. اقبض عضلات بطنك وشدها للداخل، شهيق، لاحظ الإحساس بالشد والتوتر في يديك.
١٣. استرخي وأعد عضلاتك لوضعها الطبيعي.
١٤. اضغط برأسك إلى الخلف حتى تشعر بالتوتر في الرقبة.
١٥. أعد رأسك لوضعه الطبيعي.
١٦. مد رأسك إلى الأمام باتجاه صدرك.
١٧. أعد رأسك لوضعه الطبيعي.
١٨. قوس ظهرك وكأن صدرك سيلتصق ببطنك.
١٩. أعد ظهرك لوضعه الطبيعي.
٢٠. جعد جبهتك وحاجبيك حتى تشعر بالشد في عضلات وجهك.
٢١. أرخي عضلات وجهك.
٢٢. أغمض عينيك بإحكام وقوة.
٢٣. أرخي العضلات المحيطة بعينيك.
٢٤. أطبق فكيك وأسنانك كأنك تعض على شيء ودع شفتيك منفرجتين.
٢٥. أرخي فكيك.
٢٦. ضم شفتيك بقوة.
٢٧. أعد شفتيك لوضعها الطبيعي.

الآن كامل عضلات جسمك مسترخية وفي وضع مريح تنفس بعمق ساعد من ١ إلى ١٠ ببطء كل ما تنفست بعمق ستشعر بمزيد من الراحة ١٠، ٩، ٨، ٧، ٦، ٥، ٤، ٣، ٢، ١ تخيل الآن أنك تسير في حديقة خضراء أوراقها يانعة عليها قطرات الندى المسها بأصابعك، ومن حولك الزهور الملونة أقترّب منها شم راحتها الزكية، سير في اتجاه مصدر صوت الماء أقترّب أكثر وأكثر، أنظر إلى شلال المياه ، أدخل يديك فيها أغسل وجهك سيزول عنك كل الحزن والضيق، أنت الآن تشعر بالراحة والاسترخاء، تنفس بعمق ، رائع ، قل أنا سعيد أن مستقر أنا قوي أنا ناجح أنا هادئ ، تنفس بعمق، سوف أعد إلى ١٠ بعدها يمكنك فتح عينيك، ١٠، ٩، ٨، ٧، ٦، ٥، ٤، ٣، ٢، ١ .

سابعاً: خفض الحساسية المنظم

يقدم العلاج السلوكي أسلوباً فعالاً في علاج بعض الأعراض التي تشيع لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مثل الأحلام المزعجة (الكوابيس والخوف والقلق يعرف بـ"خفض الحساسية المنظم" أو "التحصين المنظم التدريجي" Systematic desensitization (SD).

يعزى هذا الأسلوب إلى نظرية (جون وولبي) في العلاج عن طريق (الكف بالنقيض) reciprocal inhibition حيث يقدم (وولبي) أسلوباً مميزاً في علاج المخاوف والقلق، وهو خفض الحساسية المنظم، وفي سياق إجراءات استخدام هذا الأسلوب، يتقدم الفرد بالتدريج من خلال مجموعة من المواقف أو الأحداث (المتخيلة) المثيرة للقلق والتي تتدرج من مواقف أقل إثارة للقلق إلى مواقف أكثر إثارة للقلق، مع الاحتفاظ بحالة من الاسترخاء حتى يستطيع الفرد أن يقوم برد الفعل المضاد للقلق. وثمة أسلوب آخر يعرف بـ"خفض الحساسية الذاتي المنظم" systematic self desensitization وهو يعتمد على الإجراءات نفسها عدا أن الفرد يمارس هذه الإجراءات بنفسه. وهكذا وفقاً لأسلوب خفض الحساسية المنظم، تميل الاستجابات المضادة لمثير معين إلى أن تكف بالنقيض بعضها بعضاً، أي كف استجابات الخوف أو القلق بنفس استجابات الخوف أو القلق، ولكن على أساس من التدرج في التعرض لتلك الاستجابات.

يقترح أصحاب هذا المنحى السلوكي أسلوبين يمكن استخدامهما في علاج الأعراض المرتبطة باضطراب الضغوط التالية للصدمة الأسلوب التقليدي في خفض الحساسية المنظم SD وأسلوب تدريب الأفراد في مواقف حيه in vivo SD.

يبرز (شيلدر) فاعلية استخدام الأسلوب التقليدي لخفض الحساسية المنظم، في علاج الأحلام المزعجة (الكوابيس) المتكررة المزمنة لدى حالة من المحاربين القدامى بفيتنام، ويصف (شيلدر) هذه الأحلام المزعجة بأنها استعادة حية للخبرات الصدمية للحرب، يقوم الطور الأول في العلاج على تعليم الفرد أساليب الاسترخاء والتدريب على التخيل السار. يلي ذلك سبع مراحل متدرجة هرمياً تستند إلى التدرج الزمني للأحداث وصولاً إلى الصدمة (مشاهدة موت زميل له انفجر فيه لغم أرضي) وبناء على هذا الأسلوب يطلب إلى الحالة الاسترخاء، ثم تخيل، ثم الاسترخاء، ثم إيقاف التخيل، ثم الاسترخاء، وهكذا حتى تتعلم بعد الممارسة المتكررة أن تسترخي مع تصور تلك الأحلام وفقاً لتدرج المنبهات التي تستدعي القلق؛ أي أن الاسترخاء، هو خبرة تبعث على الإثابة في مقابل الخبرة المؤلمة للقلق، يأخذ في أن يحل بالتدريج محل القلق باعتبار الاسترخاء في الوقت نفسه استجابة متعلمة كذلك للمنبهات التي تستدعي القلق.

قد يدرّب الأفراد في مواقف فعلية حية على استخدام أسلوب خفض الحساسية المنظم in vivo SD مثلما استخدم مع حالات من المحاربين القدامى الذين يعانون مخاوف ناتجة عن خبرات الحرب. وفي هذا الأسلوب يدرّب الأفراد على الاسترخاء ويشجعون على استخدامه في المنزل. ثم يدرّب الفرد بالتدريج على مواجهة بعض المواقف الفعلية فعلى سبيل المثال، طلب إلى أحد هؤلاء الأفراد، وكان يخاف من منظر الجروح والضمادات، أن يقوم في مكتب المعالج بعمل ضمادات في مناطق كثيرة من جسم هذا الشخص المعالج كطريقة لاستخدام هذا الأسلوب، ثم يطلب إلى الفرد (الحالة) أن يتجول في أجنحة المستشفى مستخدماً كذلك تمارين الاسترخاء، وفي حالة أخرى لأحد المحاربين القدامى، وكان يعاني رهاب الأصوات العالية، طلب أن يخطب بيديه على بعض الأشياء مما يترتب عليه صدور أصوات عالية، ويمارس

طرق الاسترخاء في كل مرة، ثم شجع ببعد ذلك على استخدام شرائط تسجيليه لهذه الأصوات والإصغاء إليها في المنزل، مع استخدام الاسترخاء أيضاً.

ثامناً: الأسئلة السقراطية

تقول باديسكي (١٩٩٣) أن أسئلة سقراط تعتبر حجر الزاوية في العلاج المعرفي السلوكي لأنه لا يهدف إلى تغيير عقول الناس لكن يساعدهم لاكتشافها.

هي ليست محاضرة، أو نقاش، أو استجواب، وليست تفكير إيجابي إنما تفكير واقعي وحل للمشكلات يتعلم فيها الفرد كيف يعيد تقييم أفكاره وتوليد نظرة جديدة لمشكلاته.

أهداف الأسئلة السقراطية:

١. تساعد المعالج على فهم وجهة نظر العميل.
٢. تساعد العميل على توليد ردود أفعال بديلة للأفكار السلبية التلقائية.
٣. مساعدة العميل على فهم الاختلافات وكيف يمكن إحداث التغيير.

صفات الأسئلة السقراطية الجيدة:

١. تكون في حدود معرفة العميل أي أنها لا تكون خارج حدود معرفته ويصعب عليه إجابتها.
٢. تجذب انتباه العميل للمعلومات ذات العلاقة.
٣. تتحرك من الإجمال إلى التفصيل.
٤. يكون ممكن التعميم من المناقشة وتطبيق جديد المعلومات إما في إعادة التقييم أو الاستنتاج أو بناء فكرة جديدة.
٥. الغرض النهائي هو أن يتعلم العميل كيف يسأل هذه الأسئلة في حياته الخاصة.

جدول رقم (٥) يوضح أمثلة على الأسئلة السقراطية

الغرض من الأسئلة	أمثلة
١ جمع المعلومات	١ - كيف تشعر؟ ٢ - ماذا يدور في ذهنك الآن؟ ٣ - ماذا ستفعل ماحدث كان سيئاً لكنه حدث؟ ٤ - ماذا يعني ما يقوله عنك الآخرين؟
٢ البحث عن البدائل	١ - هل كل ما حدث لك لا يتلاءم معك؟

٢ - كيف يمكن للآخرين النظر لما حدث؟		
٣ - هل توجد عند الآخرين نفس معايير الشخصية؟		
١ - بماذا تتصح شخص آخر لو كان في موقفك؟	٣	تيسير الحلول
٢ - ماذا ستفعل بشكل مختلف في المرة القادمة؟		
كيف يمكن لكل ما قلت أن يتفق مع فكرة أنك سيء؟	٤	الاستنتاج
كيف يمكن أن تحقق ذلك؟	٥	التقييم

تاسعاً: التمرينات السلوكية (البروفة السلوكية)

لقد استخدم (فيزبانك ودي جور وجينكنز) طريقة (التمرينات السلوكية) أو (البروفة السلوكية) behavioral rehearsal لعلاج الاستجابة الترويعية الشديدة التالية للصدمة posttraumatic startle response مع ما يصاحبها من قلق لدى سيدة ضحية لحادث تصادم سيارة، وفي هذا يصف (فيزبانك) خطة علاجية من طورين التدريب على الاسترخاء ثم يتبعه استخدام طريقة (التمرينات السلوكية)، وبناء على هذه الخطة، كانت هذه السيدة تتلقى ثلاث جلسات أسبوعياً للتدريب على الاسترخاء العضلي المتوالي، ثم تستمر على التدريب بالمنزل باستخدام أسطرة مسجلة، ولما كانت هذه السيدة قد تعرضت لحادث تصادم بالسيارة على إحدى الطرق السريعة صارت لذلك تخبر استجابة ترويعية فقط حينما تقود سيارتها على الطرق السريعة المماثلة، لذا توجهت التمرينات السلوكية إلى قيادتها للسيارة مسافة ميل على بعض الطرق السريعة، واستغرقت هذه التمرينات فترة أسبوعين بواقع مرتين في اليوم. وقد تم جمع بيانات تتعلق بتقديرات مستوى القلق لديها وكذلك تسجيل بعدد مرات الاستجابات الترويعية كل ساعة أثناء قيادتها على الطرق السريعة، وذلك قبل العلاج وأثناءه وبعده على فترات متابعة، بعد شهر واحد، وأربعة أهر، وستة أشهر، وقد أظهرت نتائج استخدام هذه الطريقة فاعلية استخدام طرق الاسترخاء والتمرينات السلوكية في علاج الاستجابات الترويعية التالية للصدمة.

تلك نماذج من الاستراتيجيات السلوكية التي يمكن استخدامها في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والواقع إنه على الرغم مما تقدمه المدرسة السلوكية من

أساليب وفنيات عملية في العلاج أو الإرشاد النفسي مما يمكن أن يفيد منه علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فغن هذه الأساليب السلوكية تركز أساساً على بعض الأعراض أو على أعراض بعينها مثل الخوف أو القلق أو الاستجابة الترويعية أو الإحجامية، ولا تتناول الصورة الكلية لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، الأمر الذي تتضح معه محدودية الأساليب السلوكية في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، بقدر كون هذه الأساليب موجهة في الأساس إلى محو بعض الأعراض الواسمة لهذا الاضطراب، ومع ذلك توجد قيمة نفعية للتدخل السلوكي، ثمة اتجاه يسود بين كثير من مدارس العلاج النفسي يعتمد إلى توظيف بعض الأساليب السلوكية في نسق مدارس علاجية أخرى، مثل العلاج المعرفي السلوكي (الرشدي وآخرون، ٢٠٠١)

عاشراً: مراقبة النشاط (سجل الأفكار الخاطئة والمشاعر)

يطلب من العميل تدوين المشاعر والمواقف التي يمر بها طوال اليوم وكذلك تقييم كل نشاط من حيث ارتياحه له وقدرته على التحكم فيه وبالتالي يستطيع المعالج والمريض التحقق من الأفكار السلبية، ولمساعدة العميل في إكمال السجل يقوم المعالج بتدريبه على ما يلي .

١. تحديد الانفعالات غير السارة

تغير المزاج في الاتجاه السلبي دليل على وجود أفكار سلبية آلية (من السهل على المريض ملاحظة كيف يشعر قياساً على ملاحظة ما يفكر فيه، ويسجل شعوره مثل حزن - غضب - شعور بالذنب الخ.

٢. تحديد المواقف التي تحدث فيها الانفعالات

يصف المريض الموقف الذي حدث فيه الانفعال (باختصار) مشيراً إلى المكان الذي كان فيه وماذا كان يفعل أو يكتب الموضوع العام الذي كان يفكر فيه.

٣. تحديد الأفكار الآلية المصاحبة

يسجل المريض ما يجول في خاطره من أفكار بكل دقة عندما يبدأ بالشعور بعدم الارتياح ويقيم مدى تصديقه بالفكرة على مقياس (صفر - ١٠٠).

٤. وضع جدول للنشاطات

وضع جدول للنشاطات اليومية بأفكار جديدة بهدف الحصول على أكبر قدر من الراحة والشعور بالقدرة على التحكم.

٥. التعامل مع المواقف التي يخافها المريض بصورة متدرجة:

ويتم بتجزئة العمل الموقف المرغوب بصورة تجعل المريض قادراً على انجازه.

جدول رقم (٦) يوضح الأفكار والمشاعر الخاطئة

التاريخ	الانفعال	الموقف	الأفكار الآلية غير العقلانية	الاستجابة العقلانية	النتيجة
	بماذا تشعر ؟ تقييم الشعور - ٠ ١٠٠	بماذا كنت تفكر أو ماذا كنت تفعل	ما هي بالتحديد الأفكار التي كانت تجول بخارطك؟ إلى أي مدى تصدق بها؟ (١٠٠-٠)	ما هي استجابتك العقلانية لهذه الأفكار السلبية؟ إلى أي مدى تصدق بها (٠-١٠٠%)	١- إلى أي مدى تصدق الآن بالأفكار الآلية (الغير عقلانية)؟ ٢- كيف تشعر؟ ٣- ما الذي ستفعله الآن ؟

الحادي عشر: تحديد الأفكار السلبية والافتراضات غير العقلانية

١. إخراج الأفكار الأوتوماتيكية السالبة

١. مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية: يطلب من المريض تذكر أحدث موقف أو حادثة مرتبط بالقلق والتوتر ويطلب منه وصفه بالتفصيل واستمرار رد الفعل باستخدام أسئلة مثل

ما الذي خطر في ذهنك آنذاك؟

هل تخيلت شيئاً في تلك اللحظة ؟

ما هو أسوأ ما توقعت حدوثه عندما كنت قلق جداً؟

عندما يكون المريض هادئ أثناء هذا الحوار يكون بإمكانه أحياناً إدراك عدم معقولية أفكاره ومن ثم محاولة تجاهلها، وعلى المعالج طرح إمكانية كون هذه الأفكار السلبية عبارة عن إسقاطات للأحاسيس ومن أمثلة العلاقة بين أحساس معين وأفكار معينة ؟

مثل: سوف أصاب بنوبة قلبية، هناك مشكلة خطيرة بالقلب، صعوبة في التنفس، سوف يتوقف التنفس وأموت.

ب. وضع أفكار بديلة إيجابية لتحدي الأفكار الخاطئة :

يتم هذا عن طريق البحث عن بدائل واقعية للأفكار والافتراضات السلبية.

أولاً: التحدي اللفظي

يهدف إلى تدريب المريض على الكيفية التي يستطيع بها إعادة تقييم أفكاره بنفسه وستحقق هذا بأن يطرح المعالج الأسئلة المنظمة والحساسة مثل : (ما هو الدليل) في الغالب يكون الدليل الذي يدعم الأفكار السلبية مشوه مثل تذكر المعلومات السلبية التي تدعم الفكرة بسهولة أو تفسير المعلومات السلبية - وعلى المعالج أن يركز الجهود على اكتشاف الأدلة المضادة التي لا يعيها المريض بالطرق الآتية :

١. ما هي البدائل المتوفرة :

من المهم أن تكون البدائل مرتبطة بالحقائق وإذا لم يكونوا كذلك فقد يعتبرها المريض مجرد تطمين فارغ.

٢. ما هي مزايا وعيوب التفكير بهذه الطريقة :

يفيد هذا النوع من الأسئلة في فحص الأفكار المتعلقة بانتقاد الذات الذي قد يكون ضروري وبناء وقد يكون محبط.

٣. ما الخطأ المنطقي الذي وقعت فيه :

هذه الطريقة مفيدة بالنسبة للمرضى الذين يكررون نفس الأخطاء - وتكشف عن أسباب تشوه المعرفة (الشناوي، ١٩٩٨).

ثانياً: التجارب السلوكية

قد يعرف الشخص كيف يعبر عن عدم موافقته على شيء ما ولكنه لا يستطيع ذلك تحت تأثير الفكرة السلبية (إذا لم أوافق فلن يحبني فلان) - وفي حالات أخرى قد لا يعرف المريض كيف يتصرف في مثل هذه المواقف بصورة فعالة حتى لو لم يكن لديه أفكار غير عقلانية - وفي هذه الحالة يكون من الضروري تعلم سلوكيات جديدة مثل (تأكيد الذات - المهارة الاجتماعية - حل المشاكل - مهارات التواصل والتكيف...) مما يساعده على السيطرة الذاتية self control.

ثالثاً: تحدي الافتراضات الخاطئة عندما تكشف الافتراضات الخاطئة يقوم المعالج باستخدام طرح الأسئلة والتجارب السلوكية لاستبدال هذه الافتراضات بأخرى تكون أكثر اعتدالاً وواقعية ويتم تحقيق ذلك عن طريق:

١. ما الذي يجعل هذا الافتراض غير معقول ومخالفاً لطبيعة البشر؟
٢. ما الذي يجعل هذا الافتراض عاملاً يحد من قدرتك على ممارسة حياتك بصورة فعالة؟ (بتحديد مزايا وعيوب هذا الافتراض).

٣. من أين أتى هذا الافتراض؟
من الأفضل معرفة الكيفية التي تطور بها الافتراض حتى يستطيع الابتعاد عنه ما قد يكون ملائماً خلال فترة الطفولة قد لا يكون ملائماً عندما يكبر الفرد.
قد يكون من الضروري إطالة فترة التجارب السلوكية وذلك عن طريق:

١. جمع معلومات عن معايير الآخرين بدلاً من الافتراض بأن معايير الفرد هي معايير كل الناس.

٢. ملاحظة ما يفعله الآخرين لمعرفة كيف تختلف الأفعال عن الأقوال .
٣. التصرف تصرفات تتناقض مع الافتراض وملاحظة العواقب وأخيراً اختبار الافتراضات البديلة عملياً .

رابعاً: الإعداد للمستقبل

عند اقتراب نهاية العلاج يعاني بعض المرضى من التوتر نتيجة لخوفهم من أنهم قد لا يستطيعون مقاومة اضطرابهم بمفردهم يتم التعامل مع ذلك كما يحدث مع كل الأفكار السلبية فقد يطلب من المريض كواجب منزلي : ما الذي تعلمته من الجلسات؟ كيف تستطيع استخدام ما تعلمته؟ (إبراهيم، ٢٠٠٩)

الثاني عشر: حل المشكلات

يورد مليكة المذكور في عثمان (٢٠٠٠) أن كلاً من سيغال وشور قد صمما برنامج يهدف إلى:

١. التفكير من خلال الحلول البديلة.

٢. التفكير من خلال العواقب.

يتضمن البرنامج تعليم المفاهيم والقدرات، كما يتضمن تنظيم مواقف للألعاب والمباريات التي تستثير الطفل لأنها تعطي حلولاً بديلة وتعلمه المزاوجة بين الحلول وعواقبها.

يطلق مصطلح المحاورة Dialoging على نشاط المعالجين والمربين والوالدين لتحقيق أهداف حل المشكلة بشكل معرفي، وتتضمن المحاورة ما يأتي:

١. توضيح المشكلة للعميل.
 ٢. ملاحظة إذا ما كانت المشكلة المطروحة للحل هي نتيجة لمحاولة سابقة لإيجاد الحلول.
 ٣. استثارة العميل وتشجيعه لحل المشكلة مستقلاً عن الآخرين.
 ٤. التركيز على كيفية تفكير العميل وليس على حل المشكلة.
- لقد ظهر عدد كبير من النماذج الخاصة بالتدريب على حل المشكلات، وتلتقي هذه النماذج في أنها تبحث عن السلوكيات المتاحة لكي تغير من موقف المشكلة واختيار سلوك يوصل إلى حلها والتحقق من هذا الحل.
- لقد وضع كلاً من كانفر و بوزيمير Kanfer & Bozemeyer نموذج سلوكي لحل المشكلات من ست خطوات هي:

١. اكتشاف المشكلة.
 ٢. تحديد المشكلة.
 ٣. توليد البدائل.
 ٤. اتخاذ القرارات.
 ٥. التنفيذ.
 ٦. التحقق من الحل.
- أن عملية تنظيم الأهداف تكون ديناميكية بمعنى أنها لا تبقى ثابتة وأنه يمكن أن تتغير عبر الوقت وبالتالي فإن الفرد يستمر في البحث عن البدائل وفي نفس الوقت توقع النتائج المختلفة (الشناوي، ١٩٩٨).

نقد العلاج المعرفي السلوكي:

تم التقارب بين المعرفيين والسلوكيين لاعتراف بعض السلوكيين بالعمليات المعرفية الداخلية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الداخلي للفرد وتأثير هذه العمليات على سلوك الإنسان التوافقي وغير التوافقي وعلى الأنماط الوجدانية. إلا أن مكيولاس المذكور في عثمان (٢٠٠٠) يعتقد أن هذه المعرفيات يمكن دراستها فقط من خلال السلوك الظاهري للفرد، أي من خلال ما يقول الفرد أنه يفكر به، ويتجاهل المعرفيين أن إدراك المثير لا يعتمد على ما تمدنا به الحواس وإنما الخبرات السابقة للفرد ومعلوماته الحاضرة وحالته الدافعية. يذكر إبراهيم (١٩٩٤) أن الأساليب السلوكية التي تعتمد على تقديم التأييد والدعم والدفع والتدعيم بمعزل عن تغيير الأفكار السالبة، كما أن أسلوب التطمين التدريجي يحرر الإنسان من مخاوفه لكن لا يحررهم من الأفكار الكامنة وراء القلق والمخاوف ولا تدوم نتائجه السطحية.

المبحث الثاني

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

تمهيد:

لقد مر الناس منذ بدء الخليقة بالكثير من العقبات والصعوبات التي تعترض سبيل حياتهم، لقوله تعالى: {لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ} البلد ٤ . لم تخلوا حياة أي مجتمع منذ الأزل من الفواجع والصدمات المختلفة بحسب الحقب التاريخية واحتياجات البشر فيها، حيث سجلت الكتابات الطبية للحضارة الفرعونية بعضاً من مظاهر استجابة البشر للأحداث الصادمة كالحرب والفقدان (Figley, 1995). كما أن المؤرخين الإغريق دونوا بعض مظاهر ردود الفعل الصدمية للحرب أثناء معركة المارثون في عام ٤٩٠ قبل الميلاد، فوجد أن جندياً لم يكن يعاني أية جروح لكنه صار كفيفاً بعد مشاهدته لموت أحد الجنود على مقربة منه (عمى هستيري) ويرد في ملحمة الإلياذة أن أخيل و أجاممنون كانا يعانيان الأعراض الكلاسيكية لاضطراب ما بعد الصدمة (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠١). ولقد جسد الأدب العالمي الكثير من مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة فقد وضح شكسبير في روايته الملك هنري الرابع عشر الحالة التي كان يعانيها هوتسيور، والأحلام المزعجة التي يشاهدها أثناء نومه والمتعلقة بالحرب، وشعوره بالوحدة، والإحساس بالألم الجسمية. ووضح تشارلز ديكنز بأسلوبه الساخر صوراً من الاضطراب الناتجة عن حوادث السكة الحديد في إنجلترا، فيصف ما خبره من مناظر الرعب التي استغرقت ساعتين أو ثلاث من العمل بين الموتى والمحتضرين والجرحى، الذي ولد عنده فيما بعد إعادة قسرية لصور ومشاهد متعلقة بالحادث وتجنب للسفر بالقطارات (Matsakis, 1994). لذا يبدو أننا نتحدث عن اضطراب قديم جداً لكنه حديث كمصالح علمي محدد في التصنيفات المتخصصة بالأمراض النفسية. ومن كل ما سبق لنا أن نتصور كيف هو حال اضطراب ما بعد الصدمة في عصرنا الحاضر المملوء بالحروب والهجمات الإرهابية والصراعات والمجاعات والكوارث الطبيعية والجرائم التي تتال من النفس والعرض والمال.

لذا وجه المختصين في علم النفس والاجتماع والطب النفسي جهودهم لدراسة تأثير الكوارث والحروب والأزمات على الصحة النفسية للإنسان، لكن مازالت الدراسات العربية تتلمس طريقها لتسهم في توضيح ملامح اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ووضع المعالجات التي تتناسب وعالمنا العربي.

التطور التاريخي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

لقد ارتبط تطور البحث في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بالتطورات التي حدثت في علم النفس والطب النفسي منذ نهاية القرن التاسع عشر، ويبدو ذلك خاصة في إسهامات عالم الأعصاب شاركو فقد لاحظ أن الأفراد اللذين يترددون على مؤسسات الصحة النفسية واللذين يعانون أعراضاً جسمية مثل الأفعال القهرية والنسيان والشلل وغير ذلك من أعراض مرضية ليس لها أساس طبي، وتم اعتبارهم مصابين بالهستيريا، وقد خلص شاركو إلى أن خبرات الطفولة وغيرها من الصدمات تسبب الاضطراب للأفراد وتؤثر عليهم مستقبلاً.

في نهاية القرن التاسع عشر استخدم الطبيب النفسي الألماني إميل كرايبلين مصطلح عصاب الرعب (Fright neurosis) للإشارة إلى حالة إكلينيكية تتألف من ظاهرات عصبية ونفسية متعددة تنشأ نتيجة ثوران انفعالي شديد أو رعب مفاجئ يؤدي إلى قلق شديد يمكن ملاحظتها بعد الحوادث والإصابات الخطرة، خاصة الحروق وحوادث القطارات (Saigh,1992).

قد شهدت نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين اهتماماً كبيراً بظاهرة اضطراب ما بعد الصدمة خصوصاً بعد الحرب الأهلية الأمريكية ثم الحرب العالمية الأولى، فالحرب العالمية الأولى سجل فريدريك موت وارنست سوزار المذكوران في الرشيد (٢٠٠١) الآثار العصبية والنفسية للصدمات المتعلقة بالحروب واستخدم موت مصطلح صدمة القذائف، واعتبر مايرز أن صدمة القذائف هي حالة عصبية ناتجة عن التعرض لضغوط شديدة، وبعد ذلك توالى المصطلحات التي غدت أكثر تحديداً مثل: العصاب الصدمي، وعصاب المعارك، عصاب الحرب. وبعد تكرار حوادث القطارات وإصابات العمل برز مصطلح عصاب التعويضات، وعصاب الحوادث.

شهدت خمسينيات وستينيات القرن العشرين بحوثاً رائدة تناولت ردود أفعال الأفراد حيال الكوارث الطبيعية والصناعية مثل: إعصار التورنيڊو الذي ضرب أجزاء واسعة من الميسيسيبي، وزلزال ألاسكا، وغرق الباخرة آنديا دورا، وفيضان برستول، ثم نشطت الدراسات التي تتناول تأثير حوادث السيارات وأصدرت الرابطة الأمريكية لعلم النفس (APA) في عام ١٩٩٧ كتاب أسمته بعد التصادم ضمن مجموعة كتب علم نفس الصدمة The Psychology of Trauma، وشهدت العقود الثلاثة الماضية تطور في البحث عن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المتعلقة بحوادث العنف والاغتصاب وسوء المعاملة فظهرت بعض المصطلحات: زملة صدمة الاغتصاب (Rape trauma syndrome)، زملة المرأة المعتدى عليها، زملة سوء استخدام الطفل.

لقد اعترفت الرابطة الأمريكية للطب النفسي باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في عام ١٩٨٠م فقد صار تعريف الصدمة لا يقتصر على تأثير المعارك والحروب فحسب، بل يتضمن كل أشكال العنف المنزلي والاغتصاب وسوء الاستخدام الجسدي أو الجنسي للأطفال والنساء وغير ذلك من أشكال الاعتداء أو الهجوم. وفي عام ١٩٩٥ اعتبرت الرابطة الأمريكية للطب النفسي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة اضطراباً فرعياً من القلق، ثم تأسست جمعية دراسات ضغوط الصدمة.

لقد نشطت البحوث والدراسات العربية المتعلقة باضطراب الضغوط التالية للصدمة بعد حرب الخليج الثانية والعدوان العراقي على الكويت، وحرب الولايات المتحدة وحلفائها على العراق، والحروب الأهلية في لبنان، والصومال، واليمن.

أما في السودان قد نشط الباحثين مؤخراً في البحث عن تأثير الحرب في الجنوب ودارفور، والنزوح، واغتصاب الأطفال، وشرعوا في وضع بروتوكولات علاجية للحد من تأثير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

مفهوم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

مر مفهوم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بالكثير من المراحل حتى تمكن العلماء من وضع بعض التعريفات التي يمكن من خلالها التفريق بينه وبين الاضطرابات النفسية المختلفة ومن هذه التعريفات الآتي:

١. هو فئة من فئات اضطراب القلق حيث يعقب تعرض الفرد لحدث ضاغط نفسي أو جسمي غير عادي، وفي بعض الأحيان بعد التعرض له مباشرة وفي أحيان أخرى ليس قبل ثلاث شهور أو أكثر، ويتضمن معاودة مستمرة لخبرة الحدث وتجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة أو تخدر الاستجابة العمة للفرد ، وهذا الحدث يتضمن موتاً أو أذى حقيقي أو مهدد للفرد أو لأشخاص آخرين، مع حدوث رد فعل فوري من الشعور بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية _ APA, DSM-IV, 1994).

٢. هو استجابة مرجأة أو ممتدة لحدث أو موقف ضاغط ويتصف بأنه ذو طبيعة مهددة أو فاجعة، ويحتمل أن يتسبب في حدوث ضيق وأسى شديدين غالباً لدى أي فرد يتعرض له مثل: الكوارث الطبيعية أو التي من صنع الإنسان أو المعارك أو الحوادث الخطرة أو مشاهدة الموت العنيف لأشخاص آخرين أو أن يكون الفرد ضحية للتعذيب أو الإرهاب أو الاغتصاب أو غير ذلك من الجرائم (منظمة الصحة العالمية التصنيف الدولي العاشر _ WHO, ICD-10, 1992)

٣. هو أحد اضطرابات القلق، ويظهر كرد فعل متأخر أو ممتد زمنياً لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية (غانم، ٢٠٠٦).

٤. هو رد فعل لحدث صادم وينتظر منه أن يسبب ضيقاً مثل الكوارث الطبيعية أو الاعتقال والتعذيب أو الحرب أو الموت أو مشاهدة شخص يموت، إن وجدت عوامل مرسبة مثل سمات الشخصية القهرية أو الواهنة أو تاريخ سابق للعصاب فقد يزيد احتمال ظهور الأعراض (عكاشة، ١٩٩٨).

٥. التعريف الإجرائي: هي الدرجة التي يحرزها المفحوص في مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

التحديد الدقيق لأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هو العامل الرئيسي لوضع خطة علاجية ناجحة، وبما أن هذا الاضطراب ينتشر بنسبة تقدر من ١ إلى ٣% ونسبة الذكور للإناث ١ إلى ٢ ، ويمكن أن يظهر في أي مرحلة عمرية، لذا يتوجب على أهل الاختصاص تحديده بدقة فائقة ليتمكنوا من اختيار أنسب طرق العلاج، وضبط العوامل المؤثرة فيه.

استطاعت الرابطة الأمريكية للطب النفسي بعد العديد من الدراسات أن تتوصل إلى تصنيف أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في فئتين رئيسيتين هما:

أ. الأعراض الأولية Primary Symptoms

هي تلك الأعراض التي تشكل الأساس الذي يقوم عليه تحديد المحكات التشخيصية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، إن الأشخاص اللذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة يكونون قد تعرضوا لحدث صدمي حيث يخبرون هم أو غيرهم تهديداً بالموت أو وقوع إصابة شديدة، وإبان هذا الحدث يستجيبون بحالة من الخوف أو العجز أو الفزع والرعب، لذلك قد تلازمهم منذ وقوع الحدث.

أولاً: معاودة الخبرة الصدمية Reexperiencing of the trauma

الحدث الصدمي يستعيده الشخص بشكل متواصل وبإلحاح في واحدة أو أكثر على الأقل من الطرق التالية:

١. ذكريات أليمة أو مفاجئة عن الحدث بشكل متكرر وإقحامي.
٢. أحلام متكررة أليمة أو مفاجئة عن الحدث.
٣. الشعور بأن الحدث سيقع مرة أخرى.
٤. التأزم النفسي عند التعرض لعلامات ترمز إلى الحدث الصدمي أو تشبهه.
٥. حدوث رد فعل فيزيولوجي عند التعرض لعلامات أو إشارات ترمز إلى جوانب من الحدث الصدمي أو تشبهه.

ثانياً: الإحجام والخدر Avoidance and Numbing

يبدو ذلك في التجنب أو الإحجام بشكل مستمر عن تلك المنبهات المرتبطة بالصدمة، ويتضح ذلك في ثلاث على الأقل من الأعراض التالية:

١. بذل الجهود لتجنب الأفكار أو المشاعر أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.
٢. بذل جهد لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأشخاص وغير ذلك مما يستدعي ذكريات عن الصدمة.

٣. عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من الصدمة.
٤. تناقص الاهتمام بالأنشطة المهمة أو بالمشاركة فيها.
٥. الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين.
٦. شح ونضوب العواطف.
٧. الإحساس بمستقبل غير واعد.

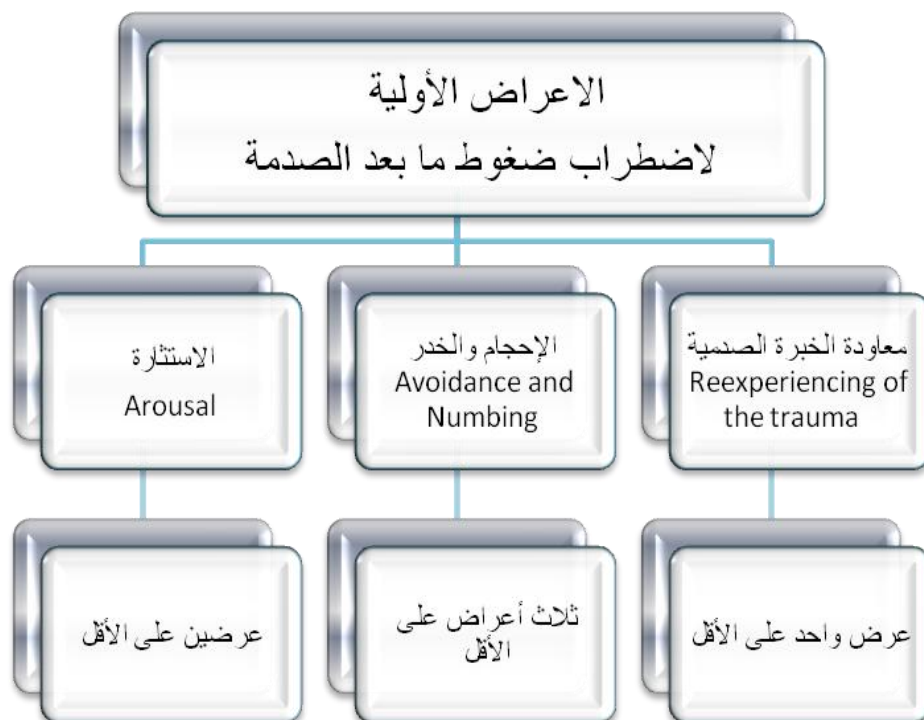
ثالثاً: الاستثارة Arousal

تبدو في وجود أعراض مستمرة من الاستثارة الزائدة، تتضح في اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

١. صعوبات في الدخول إلى النوم أو في مواصلة النوم.
٢. التهيج وانفجارات الغضب.
٣. فرط التيقظ
٤. الاستجابة الترويعية المبالغ فيها.

تكتمل الصورة الإكلينيكية للأعراض الواسمة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة بتأكيد أن هذا الاضطراب يتسبب في تعطيل طاقات الفرد أو تعويقها أو هدرها، فيضطرب أدائه لوظائفه في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غير ذلك من المجالات المهمة في حياته (محمد غانم، ٢٠٠٦).

شكل رقم (٨) يوضح الأعراض الأولية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة



أ. الأعراض الثانوية Secondary Symptoms

تعني المعالم والملاحم المصاحبة للأعراض الأولية التي قد توجد عادة مصاحبة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ولكنها لا تشكل جزءاً من المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب، وهذه الأعراض تؤلف جزءاً من صورة إكلينيكية أكبر وأكثر تعقيداً. أولاً: الاكتئاب

ويشمل المعالم التالية:

١. الشعور بالكآبة.
٢. الشعور بنقص الهمة والحيوية.
٣. فقدان الاهتمامات.
٤. الحزن.
٥. سهولة البكاء.
٦. انعدام الأمل.
٧. الشعور بعدم الجدارة والأهلية.
٨. فقدان الاهتمامات الجنسية.
٩. فقدان الشهية.
١٠. الشعور بالتعب.
١١. التفكير في الانتحار أو الإقدام عليه.

ثانياً: القلق

غالباً ما يضاف القلق المعمم واضطرابات الهلع والحالات الأخرى للقلق إلى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وتتمثل أهم سمات القلق في الآتي:

١. قلق الموت.
٢. الإحساس بالخطر والاستهداف إزاء الأحداث الصدمية.

ثالثاً: إدمان العقاقير والمخدرات

لقد سعى كثير من الباحثين إلى دراسة العلاقة بين اضطراب الضغوط التالية للصدمة وتعاطي الكحول فوجدوا أنهم يتعاطونها من أجل خفض القلق واستدعاء النوم وخفض التوتر العضلي، ولكن مع استمرار التعاطي تتطور حالة الفرد إلى مستوى التحمل الذي يتطلب مزيداً من التعاطي.

رابعاً: الاضطرابات الجسمية والنفسجسمية

تأخذ الاضطرابات الجسمية والنفسية الجسمية أشكالاً شائعة، وتشمل:

١. التوتر العضلي المزمن.
٢. التعب والإجهاد.
٣. الآم المفاصل ونوبات التهاب المفاصل.
٤. الصداع النصفي.
٥. الحساسية.
٦. قرحة المعدة.
٧. النشاط المعدي الزائد والتهاب القولون.
٨. اضطراب التنفس.
٩. الآم في الصدر والقلب.
١٠. الإغماء والدوار (عكاشة، ١٩٩٨).

خامساً: التغير في الإحساس بالوقت

ويشمل:

١. سوء إدراك طول الفترة الزمنية.
٢. التشوش في تتابع الوقت خاصة لدى الأطفال.
٣. انحراف الوقت، فالأحداث التي تقع أثناء الصدمة قد توضع قبلها مع إحساس بالتنبؤ.
٤. الإحساس بالتنبؤ ويتضمن أن الأحلام قد تكون منبئة بأشياء أو أحداث في المستقبل.

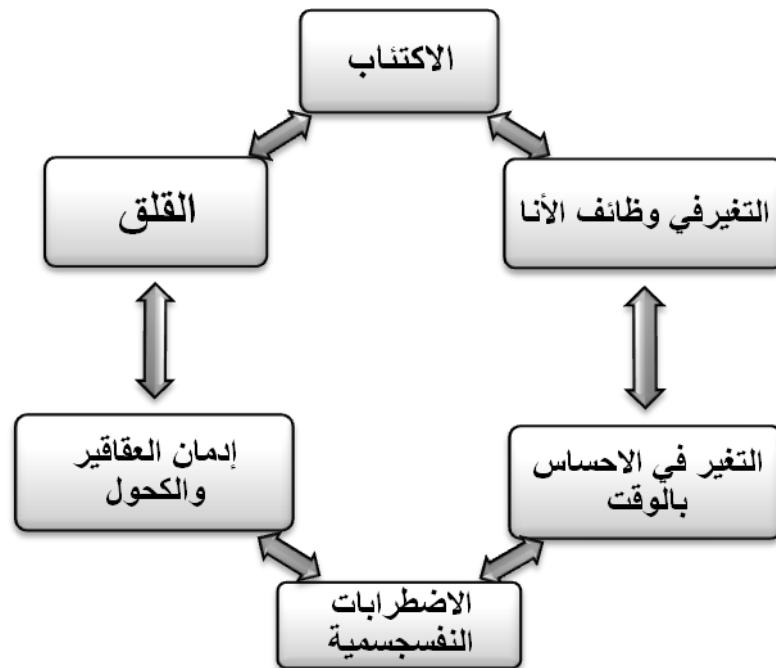
سادساً: التغير في وظائف الأنا

بعد التعرض للأحداث الصادمة فقد تظهر عدة تغيرات في وظائف الأنا أو توظيف

الأنا، نتيجة لتطور الاضطراب وتشمل هذه التغيرات ما يلي:

١. الضبط الزائد لتفادي الأفكار والمشاعر والذكريات.
٢. النكوص ويتمثل عند الأطفال في التبول الإرادي.
٣. المحافظة النفسية وتتضح في انسحاب الفرد من التحديات الجديدة (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠١).

شكل رقم (٩) يوضح الأعراض الثانوية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة



المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وفقاً للدليل التشخيصي

والإحصائي الرابع DSM-iv

أ/ أن يكون الشخص قد تعرض لحدث صدمي عايشه على النحو التالي:

١. أن يكون الشخص قد اختبر، أو شاهد أو واجه حدثاً وأحداثاً تضمنت حالات من الموت أو التهديد بالموت، أو الإصابة الشديدة أو التهديد للسلامة الجسمية له أو للآخرين.

٢. أن تحتوي استجابة الشخص لهذا الأحداث على خوف شديد ، فزع ، رعب ، عجز .

ملحوظة : في حالة الأطفال قد يتم التعبير بسلوك مضطرب أو متهيج بدلاً من هذه الاستجابة.

ب/ إن الحدث الصدمي يستعيده الشخص بشكل متواصل وبإلحاح في واحدة أو أكثر من الطرق التالية .

١. تراوده ذكريات أليمة أو مفاجئة عن الحدث تتواتر في شكل صور أو أفكار أو إدراكات عن الحدث وتعاوده على نحو متكرر وإقحامي .

ملحوظة : في حالة الأطفال قد يأتون بنمط اللعب التكراري الذي يعبرون في سياقه عن موضوعات الصدمة أو جوانب منها .

٢. تراوده أحلام متكررة أليمة أو مفاجئة عن الحدث .

ملحوظة : في حالة الأطفال قد تراودهم أحلام مخيفة من دون مضمون لا يستطيعون تعرفه .

٣. يسلك أو يشعر كما لو أن الحدث الصدمي يقع مرة أخرى (وبتضمن ذلك إحساساً بإحياء الخبرة الصدمية وبأوهام وهلوسات وأحداثاً ارتجاعية تفككية مثل الأحداث التي تقع في حالات اليقظة أو في حالات التسمم.

٤. يشعر بالتأزم والنفسي الشديد عند التعرض لإشارات أو علامات أو هاديات من داخله أو من خارجه ترمز إلى جانب من الحدث الصدمي أو تشبهه.

٥. تحدث فيه ردود أفعال فيزيولوجية عند التعرض لإشارات أو علامات أو هاديات من داخله أو من خارجه ترمز إلى جانب من الحدث الصدمي أو تشبهه.

ج/ التجنب أو الإحجام أو الابتعاد باستمرار عن تلك المنبهات المرتبطة بالصدمة والتخدر المميز للاستجابة العامة للشخص (مما لم يكن موجوداً قبل الصدمة) هو ما يتضح في ثلاثة أو أكثر من الأغراض التالية .

١. يبذل الشخص جهوداً في تجنب الأفكار أو المشاعر أو الأحاديث المرتبطة بالصدمة.

٢. يبذل الشخص جهوداً في تجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأشخاص وغير ذلك مما يستدعي ذكريات عن الصدمة.

٣. عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من الصدمة.

٤. يتناقص بوضوح الاهتمام بالأنشطة المهمة أو بالمشاركة فيها.

٥. الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين .

٦. أفول أو انحسار مساحة الوجدان أو العواطف (مثال ذلك عدم القدرة على أن تكون لديه مشاعر الحب).

٧. الإحساس بمستقبل محدود أو غير واعد (مثال) ذلك لا يتوقع أن يحظى بعمل أو زواج أو أطفال أو حياة تمضي على نحو طيب.
- د/ وجود أعراض مستمرة من الاستنارة الزائدة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) وهو ما يتضح في اثنين (أو أكثر) من الأعراض التالية .
 ١. الصعوبة في أن يخلد إلى النوم أو أن يواصل النوم .
 ٢. التهيج أو انفجارات الغضب .
 ٣. الصعوبة في التركيز .
 ٤. فرط التيقظ .
 ٥. الاستجابات الترويعية المبالغ فيها.
- هـ/ يستغرق طول فترة الاضطراب (كما يتمثل في الأعراض المتضمن في المحكات (ب - ج - د) مدة أكثر من شهر .
- و/ يسبب الاضطراب ضيقاً أو محنة أو تعويقاً ينطوي على دلالة كLINIكية في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غير ذلك من المجالات المهمة من توظيف فاعلية الفرد في الحياة.

المؤشرات:

تستخدم المؤشرات التالية في توصيف بداية ظهور وطول مدة الأعراض اضطراب حاد : إذا كان طول مدة الأعراض أقل من ثلاثة أشهر .
اضطراب مزمن : إذا كان طول مدة الأعراض ثلاثة أشهر أو أكثر .
اضطراب مرجأ أو متأخر : إذا كانت بداية ظهور الأعراض هي ستة أشهر على الأقل بعد الحدث الصدمي (APA, 1994).

التشخيص الفارق :

ينطوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أحداث صدمية (stressors) ذات طبيعة شديدة للغاية (كأن تكون مهددة للحياة وعلى العكس من ذلك نجد أنه في حالة اضطراب التوافق adjustment disorder يمكن أن تكون الأحداث الصدمية مستويات مختلفة من الشدة. ويعد تشخيص اضطراب التوافق إجراءً مناسباً سواء بالنسبة للمواقف التي لا تستوفي فيها الاستجابة لأحداث صدمية شديدة محكات

اضطراب الضغوط التالية للصدمة (أو أي اضطراب نفسي نوعي آخر) أو للمواقف التي يظهر فيها نمط من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة استجابة لأحداث صدمية لا تكون شديدة (مثل انفصال الزوجين أو ترك العمل). ليس بالضرورة أن نعزو كل مظاهر الاضطراب النفسي التي تنشأ عند الأفراد الذين تعرضوا لأحداث ضاغطة شديدة إلى فئة اضطراب الضغوط التالية للصدمة من ذلك أعراض الإحجام والخدر والاستثارة الزائدة التي كانت توجد قبل التعرض للأحداث الصدمية لا تستوفي محكات تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتتطلب لذلك أن نبحث عن تشخيصات أخرى (مثل : اضطراب المزاج أو اضطراب القلق) وعلاوة على ذلك إذا كان نمط أعراض الاستجابة للأحداث الضاغطة الشديدة يستوفي محكات اضطراب نفسي آخر مثل: الاضطراب الذهاني المختصر brief psychotic disorder، أو الاضطراب التحولي conversion disorder، أو الاضطراب الاكتئابي الأساسي major depressive disorder. فإن هذه التشخيصات ينبغي أن تعطي بدلاً من اضطراب الضغوط التالية للصدمة أو إضافة إليها.

يمتاز اضطراب الضغوط الحادة acute stress disorder عن اضطراب الضغوط التالية للصدمة لأن نمط الأعراض في اضطراب الضغوط الشديدة ينبغي أن ينشأ خلال الأربعة أسابيع هذه أما إذا استمرت الأعراض أكثر من شهر واحد وكانت تستوفي محكات اضطراب الضغوط التالية للصدمة فإن التشخيص يتغير من اضطراب الضغوط الحاد إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة (غانم، ٢٠٠٦).

في حالة الاضطراب الوسواسي القهري compulsive disorder obsessive توجد أفكار متواترة غامرة تقتحم ذهن الفرد ولكن الفرد يخبرها على أنها أفكار غير سليمة، ولا ترتبط بحدث صدمي عايشه الفرد وينبغي تمييز الارتجاجات والمشاهد السابقة flash backs في اضطراب الضغوط التالية للصدمة عن الأوهام والهوسات وغيرها من الاضطرابات الإدراكية التي قد توجد في الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، واضطراب المزاج المصحوب بمعالم ذهانية والهذيان والاضطراب الناجمة

عن تعاطي مواد العقاقير أو المخدرات والاضطرابات الذهانية تعزى إلى حالة طبية عامة.

ينبغي استبعاد حالة التمارض *malinger* من تلك المواقف التي تقوم فيها المكافآت المالية واستحقاقات الإعانة المالية والأحكام والقضايا (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠١).

اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال :

إن ردود أفعال الأطفال للصدمات، كما أوضحنا تأخذ مظاهر وأنماطاً متعددة فهل يعني ذلك أن الأطفال الذين يعيشون خبرات وأحداث صدمية قد تنشأ عندهم مثل الكبار زملة اضطراب الضغوط التالية للصدمة *ptsd*.

أن الأطفال أكثر تأثراً من غيرهم بالأحداث الصادمة لأنهم لا يملكون المعرفة ولا الخبرة الكافية التي قد تساعدهم على مواجهة الأحداث بشكل أكثر فعالية كما أنه لم يكتمل نموهم الجسدي ولا العقلي بعد، لذا هم أكثر حوجة من غيرهم للمعالجة حتى يستطيعوا مباشرة حياتهم بشكل توافقي.

إن تأثير الأحداث والتجارب القاسية المرتبطة بالحروب على الأطفال كان موضوعاً لدراسات منظمة كثيرة بدءاً في الغالب من دراسات "جون بولبي، عن تأثير الحرب العالمية الثانية على الأطفال إلى تعدد الدراسات في تأثير الحروب والكوارث الطبيعية والحوادث وجرائم العنف والتعذيب الجسدي والجنسي وغير ذلك من تأثير الخبرات الصدمية على الأطفال.

الواقع إنه بالرغم من توافر عديد من الدراسات والكتابات وتجمع قدر كبير من الملاحظات الكلينيكية عن طبيعة وآثار الصدمات والضغوط النفسية في الطفولة فإن التحديد الرسمي للمحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة التي يمكن تطبيقها على الأطفال المصدومين لم يتقرر إلا في الطبعة الثالثة المعدلة عام ١٩٨٧م من الدليل التشخيصي والإحصاء الثالث للاضطراب النفسية (DSM-III R, 1987) الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ولقد أخذت الدراسات في هذا الميدان تتولى منذ الثمانيات خاصة وهي غالباً دراسات مدعومة من المراكز المعنية بالصدمات والضغوط ومن بعض

الجامعات والمؤسسات الحكومية والأهلية وضمن برامج منظمة للبحوث فيها ولقد توفر لذلك قدر كبير من الدراسات عن تأثير الصدمات على الأطفال إلى درجة أن ما ينشر في ميدان علم الصدمات، traumatology صار يتضمن غالباً دراسات متنوعة عن الأطفال يتضح ذلك على سبيل المثال من المجلد الدولي الذي صدر من تحرير "ولسون" ورافاييل Wilson & Raphael, 1993 عن زمالات الضغوط الصدمية International handbook of traumatic stress syndromes حيث يتضمن ذخيرة متنوعة وعديدة من الدراسات عن تأثير الصدمات على الأطفال هذا إضافة إلى ما ينشر في المجلات العلمية المتخصصة في هذا الميدان. لا يعني ذلك أن الاهتمام بالبحث في تأثير الصدمات على الأطفال وفي طبيعة صدمة الطفولة يؤرخ بالثمانينات من القرن العشرين بل إنه يمتد على الأقل إلى منتصف القرن الماضي ومع نشأة علم النفس الحديث يحدد لانجمير وماتيجيك في كتابهما الحرمان النفسي في الطفولة أربع مراحل لتطور البحث في طبيعة الصدمات عند الأطفال وتأثيرها عليهم (Wilson, 1993).

المرحلة الأولى:

تعرف بالمرحلة الأمبريقية أو الواقعية Empirical وتمتد من منتصف القرن التاسع عشر وحتى العقد الثالث من القرن العشرين، وفيها تجمعت ملاحظات غير منظمة عن الأطفال الذين يعيشون في مؤسسات وخاصة الأطفال اليتامى الذين فقدوا والديهما أو أحدهما وسجلت ما يعانون من الأسى والحزن نتيجة موت أو فقد أو غياب الوالدين أو أحدهما وما يبدو عليهم من مظاهر التأخر النمائي والعقلي وقد افترض لذلك أن العوامل النفسية قد تكون محددات مهمة تؤثر في تأخر النمو عند هؤلاء الأطفال .

المرحلة الثانية:

هي المرحلة التي يطلق عليها فترة الإنذار Alarm period وتستغرق فترة الثلاثينات والأربعينات التي ترتبط بأحداث الحرب العالمية الثانية وما خلفته من أعداد هائلة من الأطفال المصدومين نتيجة موت أو فقد الوالدين أو أحدهما وتهدم منازلهم وتهجيرهم ولعيش في مؤسسات أو معسكرات اعتقال أو سجون وقد كانت

هذه الخبرات الصدمية للأطفال بمثابة إنذار للاختصاصيين المهنيين بأن هؤلاء الأطفال معرضون للخطر وفي هذه الفترة نشر "أنا فرويد، وبورلنجهام" كتابهما عن الحرب والأطفال الذي يحوي مادة قصصية عن هؤلاء الأطفال ومن الملاحظات الكلينيكية الجديدة التي قدمها في هذا الشأن أهمية تأثير ردود أفعال الوالدين للصدمة على الأطفال وشهدت هذه الفترة إسهامات متميزة قدمها علماء صارت لهم شهرة كبيرة في مجال البحث في تأثير الحرمان من الوالدين على الأطفال مثل "سيتز" عن تأثير الإيداع في مؤسسات أو مستشفيات على نمو الأطفال وتتبع حالات هؤلاء الأطفال "وجون بولبي" الذي قدم خبرته في هذا المجال في ثلاث مجلدات عن التعلق والفقدان وتأثير فقدان على نشأة قلق الانفصال والحزن والاكتئاب عند الأطفال ويصف هؤلاء العلماء في هذا المجال من البحث تكوينات نفسية جديدة وملاحظات علمية عن الأطفال المصدومين مثل الاكتئاب الكلي (الأنكليتيكي) Anaclitic depression وأعراض الإيداع في مؤسسات hospitalization وزملة الحرمان deprivation syndrome ونقص الوجدان في طابع الطفل affection less character وغير ذلك من المفاهيم التي تفسر كثيراً من مظاهر الاضطراب عند هؤلاء الأطفال وما يواجهونه من مشكلات ناتجة عن صدمة الحرمان وفقدان الوالدين أو أحدهما.

المرحلة الثالثة:

يمكن أن يطلق عليها فترة التجميع والتركيب synthesis وتغطي الخمسينات من القرن العشرين وتميزت بتقييم الدراسات والجهود السابقة وتصحيحها وباستخلاص المفاهيم والمبادئ الرئيسية منها ومما طرح في هذه الفترة مفهوم الأطفال المقاومين للضغوط stress resistant children حيث تبين أن العوامل الاستعدادية ولخبرات السابقة والعوامل لأسرية قد تقوم بدور كبير في تحديد درجة تأثر الطفل بالصدمة ومقاومته وحمايته من عواقبها .

المرحلة الرابعة:

توصف بأنها مرحلة التقدم في التنظير والتجريب وتلك هي فترة الستينات والسبعينات والثمانينات وتتصف هذه المرحلة بالاستفادة من نتائج البحوث والتجريب

على الحيوانات حيث تقدم نماذج لردود أفعال الكائن الحي للانفصال والحرمان والصدمات والضغوط ومن نقاط التحول الأساسية في هذه المرحلة المؤتمر السنوي السابع والثلاثون بعد المائة للرابطة الأمريكية للطب النفسي Annual meeting of the American Psychiatric Association الذي عقد في مايو ١٩٨٤م بمدينة لوس أنجلوس ففي هذا المؤتمر قدمت عدة دراسات نشرتها الرابطة الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٥م في إصدار خاص من تحرير سينسر إيث، وروبرت بينوس Eth & Pynoos (١٩٨٣) تحت عنوان اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال post traumatic stress disorder in children ويحتوي على تسع دراسات وكان هذا الكتاب بمثابة الأساس الذي قام عليه توجه الرابطة الأمريكية للطب النفسي إلى تضمين اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال في الفئة الخاصة بـ اضطرابات الضغوط التالية للصدمة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-III R, 1987) حيث أقرت بذلك رسمياً زملة اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال ومحكات التشخيصية .

الواقع أن تحديد أعراض ومشكلات الأطفال المصدومين قد تتطوي على بعض الصعوبات التي تواجه الاختصاصيين والمربين في هذا الشأن الأمر الذي دفع بعض الخبراء إلى محاولة تقديم دليل ييسر من المساعدة المهنية في تشخيص وعلاج الصدمة النفسية عند الأطفال وفي ذلك توصل ماتسون إلى جوانب أمكن تشخيصها عند هؤلاء الأطفال تتضمن أعراض التفكك dissociation وإجبار التكرار compulsion repetition والوحدة aloneness إضافة إلى الأحلام والكوابيس (Munson, 1995).

يبرز بول وكانتربوري الجوانب المرتبطة بتطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال وما يرتبط بها من عوامل الخطر والوقاية وذلك بهدف تحديد أنسب أساليب التشخيص والتدخل العلاجي ويتفق الأطفال مع الكبار في أعراض استرجاع الخبرة الصدمية reexperiencing وردد الأفعال الإحجامية avoidance reaction والاستثارة الزائدة increased arousal وقد يخبر الأطفال أيضاً صعوبات الانفصال، والغضب والوحدة ومشكلات الذاكرة والاكتئاب والقلق وقد يبدي

الأطفال الأصغر سناً سلوكاً نكوصياً وتدميرياً ويؤكد يول وكانتروري على أنه بالرغم من توفر عدد من مقاييس اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال فإنه لا يوجد بديل من استخدام المقابلة الكلينيكية الفردية في تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة وفي تعرف المشكلات المرتبطة بها كما أنه على الرغم من تعدد أساليب العلاج فإن أساليب العلاج المعرفي السلوكي تعد أكثرها فعالية.

لقد تناولت دراسات متعددة تأثير الخبرات والأحداث الصدمية على الأطفال مثل: صدمات الاختطاف وسوء معاملة الأطفال وأحداث مقتل أحد الوالدين وغيرها من الدراسات التي تفترض أن الضغوط التالية للصدمة هي اضطرابات حقيقية يعانيها الأطفال وتؤيد دراسة (فيليب صايغ) وجود فروق واضحة في الشخصية بين الأطفال الذين جرى تصنيفهم على أنهم ضحايا صدمات وبين الأطفال الذين يعانون الرهاب او الفوبيا (حسين، ٢٠١٠).

إذا وضعنا إلى جانب نتائج هذه البحوث تلك النتائج التي توصلت إليها جون بولبي Bowlby من برنامج بحوثه للأمم المتحدة في عام ١٩٤٨م عن تأثير صدمات الحرب العالمية الثانية على الأطفال، وهي تأثيرات تبدت في مظاهر وأعراض متعددة من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عندهم فإنه يمكن افتراض تطور أعراض دالة على اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال كما ينطبق عليها تصنيف الرابطة الأمريكية للطب النفسي، وينبغي التحقق من أن الفروق بين الأطفال في ردود أفعالهم للصدمة دالة للفروق بينهم في مستوياتهم العمرية النمائية.

الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة: تتمثل ردود أفعالهم للصدمة في عدة مظاهر

١. المخاوف والضيق .
٢. قلق الانفصال .
٣. مشكلات جسمية .
٤. أفعال قهرية.
٥. النكوص.
٦. الأحلام المزعجة (الكوابيس).
٧. اضطرابات في النوم .
٨. اللعب يأخذ مظاهر ترتد إلى مراحل سابقة.

يستجيب الأطفال في سنوات المدرسة لتأثير الخبرات الصدمية بهذه الأمراض السابقة إضافة إلى الاضطرابات التالية :

١. الأوهام والخيالات.
٢. الغضب .
٣. العدوان .
٤. المشاجرة .
٥. مشكلات العلاقات الشخصية المتبادلة .
٦. الخوف من المدرسة.
٧. الحزن الشديد.
٨. الاكتئاب .
٩. الانتقاص من الذات.

أما في المراقبة فقد خير المراقبون إضافة إلى هذه الاضطرابات أنماطاً أخرى من الاضطرابات مثل:

١. تغير الشخصية.
٢. البلادة واللامبالاة.
٣. القلق .
٤. الجنوح.
٥. العنف.

في كل هذه الاضطرابات تتباين استجابات الأطفال تبايناً وتتأثر مباشرة بالموقف وبعدد من المتغيرات الأخرى كالخبرة السابقة والعوامل البيئية والعلاقات الشخصية المتبادلة (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠١).

من نماذج الدراسات المتميزة في البحث عن مظاهر اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال تلك الدراسات المتعمقة التتبعية التي قامت بها ليرون تير Terr عام ١٩٧٩م أن الأطفال ضحايا تشاوتشيل بكاليفورنيا وعددهم ٢٦ طفلاً في المرحلتين الابتدائية والمتوسطة وقد تعرضوا لعملية اختطاف جماعية من سيارة المدرسة واقتدوا داخل شاحنة تعرضوا فيها للتعذيب وقامت تير بتتبع حالاتهم مدة

أربع سنوات وتكشف هذه الدراسات التشخيصية والتتبعية لهؤلاء الأطفال الضحايا عن نتائج تفترض أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD عند الأطفال يتصف بعدة خصائص هي :

أولاً: الإنكار أو الرفض DENIAL

لقد تبين أن هؤلاء الأطفال لا تزال تسيطر عليهم مشاعر معينة من القلق الصدمي TRAUMATIC ANXIETY عن ذلك الحدث بعد انقضاء أربع سنوات عليه فعند سؤالهم عن الحدث ينزع هؤلاء الأطفال إلى تعميم قلقهم من الحديث إلى عبارات مثل أنا خائف من الشعور بأنني خائف وييدي هؤلاء الأطفال حيرة وارتباكاً إزاء خبرتهم وهم يحجمون عن الكلام عن الحدث ويبدون شهوراً بالخجل أو الخزي من إظهار ذلك علانية ولقد عبروا بصفة عامة في مشاعر من انتقاص الذات عند سؤالهم عن خبراتهم، وأظهروا نوبات من الهلع التي تفجرها المواجهة المفاجئة غير المتوقعة عند رؤية مناظر الشاحنات. وقد لجأ بعض الأطفال إلى استخدام أساليب دفاعية مثل القمع Suppression أو الإحجام اللاشعوري عن الصدمة، كما يبدون كراهية إزاء شعورهم بالعجز الذي خبروه، وفي الوقت نفسه يبدون حاجة إلى الشعور بالتمكن من الموقف وضبطه وبالرغم من أنهم يتذكرون غالباً كل ثانية وكل دقيقة لمضمون الحدث، فإنهم لا يقدرّون إلا على قلة من انفعالاتهم أو سلوكهم الذي خبروه أثناء الحدث (Terr, 1983).

إذا كانت نتائج بحوث (تير) لم تظهر تدهوراً في الأداء المدرسي لهؤلاء التلاميذ، فإن (إيث وينوس) يعتقدان أن التفكير الإقحامي المستمر للحدث الصدمي، وتطور أسلوب معرفي في النسيان، وتداخل الوجدان الاكتئابي مع العمليات العقلية إنما يؤثر بشكل قاطع على الأداء المدرسي.

ثانياً: التفكير الإقحامي Intrusion

لقد تبين أن الأفكار الإقحامية لا تدخل لا تدخل بشكل متكرر في التفكير الواعي عند الأطفال ، ولم تتواتر أحلام يقظة إلا عند القلة منهم، إلا أنه في أثناء النوم تظهر مشكلات كثيرة في هذا الشأن، وهنا كانت الشكوى من أحلام مزعجة (كوابيس) أثناء النوم وتواترت فيها مشاهد متكررة عن الموت، ويعتد الأطفال أن هذه الأحلام قد تصدق في المستقبل.

معاودة الحدث الصدمي في نشاط الطفل (Re- enactment) : ويتمثل ذلك فيما يتصف به لعب الأطفال من ذوي (اضطراب الضغوط التالية للصدمة) من خصائص ، من أبرزها أن لعب الأطفال يدور قسراً على موضوع Theme معين، وهو الحدث الصدمي، لذا يطلق على هذا النوع من اللعب: لعب الموضوع (Thematic Play) ويتصف بالخصائص التالية:

١. التكرارية في هذا النوع من نشاط اللعب.

٢. الخطورة.

٣. الشدة والحدة.

٤. انتقاله كالعنبر إلى الأقران.

٥. الارتباط اللاشعوري بالحدث الصدمي.

يمكن لذلك وصف لعب هؤلاء الأطفال بأنه ثقيل ومرهق، ومقيد، ولا يبعث على البهجة.

في مرحلة المراهقة تأخذ معاودة الحدث الصدمي من خلال الأفعال والنشاط شكل السلوك الجانح والذي يتراوح ما بين الهروب والانحرافات الجنسية والسرقة والقيادة المتهور للسيارات والمركبات ، وسوء استخدام العقاقير والحصول على الأسلحة ، والعنف.

الاستجابة الفيزيولوجية : وتتنضح في بعض مظاهر الانفعالات المتعلقة

بالحدث إلى شخص آخر ، أو إلى وقت آخر، أو إلى فكرة معينة.

التبديل Transposition وهو من أكثر التغيرات العميقة، ويتمثل في تحويل الأحداث التي أحاطت بالصدمة وتخويرها ، ومن أبرز هذه التغيرات أن الأحداث التي حدثت بعد الصدمة يجري تذكرها على أنها حدثت قبل الصدمة، ويتمثل ذلك أيضاً في وجود اعتقاد عام بأن الأحداث الصدمية كانت تشتمل على تنبؤ بما سيحدث لهم، وبأنه كان عليهم أن يستجيبوا لتلك التنبؤات.

لقد حددت (تير) بعض المحكات الخاصة التي ينبغي أن نضعها في الاعتبار عند وصف الأعراض التي تعقب الصدمة النفسية عند الأطفال فيما يلي:

أ. الخوف من الموت أو الانفصال ، أو من حدوث صدمة أخرى.

ب. وجود هلوسات تتعلق بالمعتدين أو الجناة.

- ج. النسيان الصدمي Traumatic amnesia.
- د. التبديل والخمول.
- تصف تير أيضاً ما تطلق عليه (الظواهر النفسية المتبقية) Residual Psychic phenomena التي تتمثل في :
- هـ. اللعب الصدمي .
- و. معاودة الحدث الصدمي في نشاط الطفل.
- ز. تغير الشخصية.
- ح. القلق المزمن.
- ط. المخاوف المرضية (الفوبيا) .

ي. النكوص Regression ويبدو في عدة مظاهر من أبرزها الإصرار على النوم مع الوالدين أو أحدهما، النوم في أماكن غريبة، ومص الأصابع ، والتبول اللارادي.

فيما يتعلق بمحاولات وأساليب مواجهة تأثير الحدث الصدمي، توضح دراسات (تير) أنه في حين يسلك الأطفال على نحو مختلف عن الكبار من التعامل مع الحدث الصدمي، فإن الأطفال ليسوا أكثر مرونة أو تكيفية من الكبار بعد الصدمة، وهو ما ينبغي أن نضعه في اعتبارنا لنؤكد أنه من الخطأ افتراض أن آثار الصدمي سوف تزول أو تذوب مع الزمن لمجرد أن الأطفال ينمون (Terr,1983).

نظريات اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

بعد توضيح المفهوم الدقيق لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وما ينطوي على هذا المفهوم من أعراض ومحكات تشخيصية، يتوجب أن معرفة النظريات العلمية المفسرة لهذا الاضطراب، لذا قام نخبة من العلماء من كافة المدارس ببذل جهود حثيثة لتوضيح آلية حدوث هذا الاضطراب نتناول منها:

أولاً: النماذج والنظريات المعرفية

تحتل النماذج والنظريات المعرفية في تفسير اضطراب الضغوط التالية للصدمة مكانة متميزة لما تقدمه من أساس في فهم هذه الفئة من الاضطرابات، وفي استراتيجيات الإرشاد والعلاج المعرفي، والمعروف أن لاداروس يقدم نموذجاً معرفياً

رائداً في تفسير، يعرف بنموذج (التقدير المعرفي) cognitive appraisal أما ميدان اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فيتميز بنماذج معرفية تركز على هذه الفئة من اضطرابات، ويبرز في مقدمة هذه النماذج المعرفية عدة نماذج أساسية، وهي نموذج هوريتز المعروف بـ نموذج معالجة المعلومات : (information processing model)، ونموذج (فوا) المعروف بـ (شبكة الذاكرة القائمة على الخوف) fear-based memory network، ونموذج ماك كان وبيرلمان عن الأبنية المعرفية (cognitive structures) ونموذج جانوف بولمان وإيشتاين، عن التقدير المعرفي cognitive appraisal وذلك ما تعرضه فيما يلي :

١. نموذج معالجة المعلومات : information processing model

يقدم (هوريتز) نموذجاً لقي أهمية وشهرة كبيرتين بحيث كان يشكل حجر الزاوية للمحاكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة التي أقرتها (الرابطة الأمريكية للطب النفسي) في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSMIII (1980)، ويذهب علماء آخرون إلى أن هوروتيز يعد من العلماء الذين قدموا أفضل وصف لعملية لاضطراب الضغوط التالي للصدمة PTSD process ومشكلات الصدمة بشكل أكثر عمقاً، ويركز نموذج هوروتيز الذي يتناول اضطراب الضغوط التالية لصدمة على النظريات الكلاسيكية والمعاصرة للصدمة، و لكنه يوالي اهتماماً أكبر لنظريات تجهيز أو معالجة المعلومات والنظريات المعرفية للانفعالات وتشمل العناصر الأساسية لمعالجة المعلومات المكونات التالية :

أ. المعلومات information (مثل الأفكار، والصور ... الخ) .

ب. الميل إلى الاكتمال completion tendency حيث تجرى معالجة المعلومات المهمة حتى تتزاوج نماذج الواقع مع النماذج المعرفية (مثال ذلك : أن ينتهي الموقف أو أن يتغير النموذج المعرفي كي يستوعب المعلومات الجديدة).

٢. العبء الزائد من المعلومات information- overload موقف لا

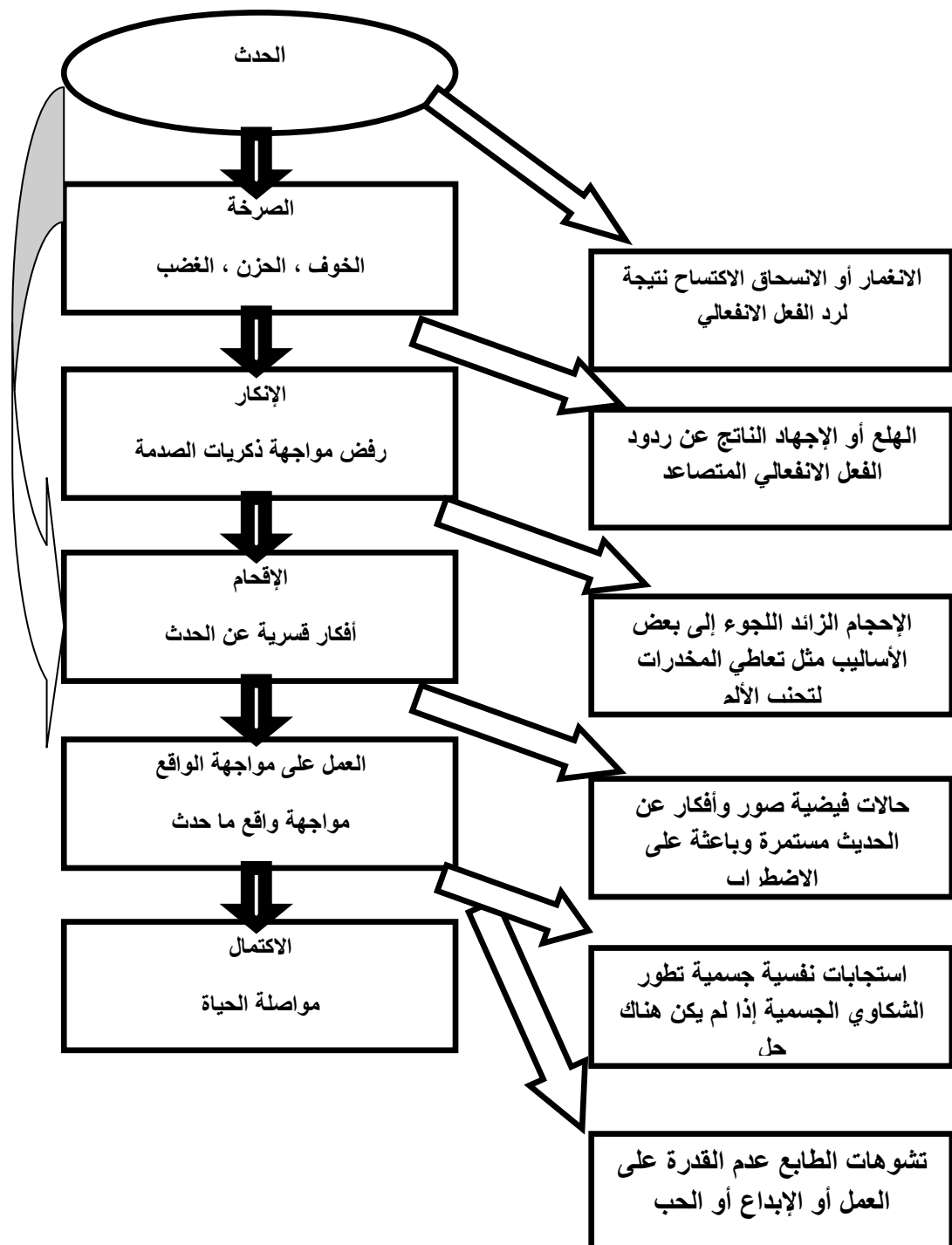
يستطيع الفرد فيه أن يقوم بمعالجة المعلومات الجديدة.

٣. المعالجة غير المكتمل للمعلومات incomplete information processing حالة يجرى فيها معالجة المعلومات بطريقة جزئية فقط، حيث تظل المعلومات في الذاكرة النشطة خارج الوعي مع وجود مؤثرات مصاحبة على وظائف الأنا.

يقرر هورويتز أن عمليات الذاكرة تتضمن مكوناً دافعياً، وأن الإنسان لذلك يسعى إلى فهم معنى خبرات الحياة المختلفة ولهذا فإن سور أي حدث تظل باقية في الذاكرة النشطة ما دام الفرد يسعى إلى تحديد المعنى الشخصي للخبرة وتعلقها به، ويعتبر هورويتز أن الحافز الأساسي للعمليات المعرفية هو الميل إلى الاكتمال حيث يستمر العقل في تجهيز المعلومات الجديدة المهمة ومعالجتها حتى يتغير الموقف أو تتغير النماذج المعرفية، ويصل كل من الواقع والنماذج إلى مستوى من الوفاق أو المطابقة بينهما، وتتمثل الفكرة الأساسية في هذا النموذج في أن الصدمة لا تتم معالجتها أبداً، ولكنها تبحث عن الملائمة الأفضل best fit بينما ذاتها في الذاكرة وبين المعلومات الواردة، ذلك أن الأحداث الصدمية تتضمن قدراً هائلاً من المعلومات الداخلية والخارجية، ولا يستطيع معظمها أن يتطابق أو يتوافق مع الخطط المعرفية لدى الشخص ويعزى ذلك إلى الحقيقة أن هذه المعلومات تقع خارج دائرة خبرته العادية، وينتج عن ذلك تطور حالة من الحمل الزائد من المعلومات، فالشخص يخبر ما يتوافر لديه من الأفكار وصور وانفعالات على أنها لا يمكن أن تتكامل خبرة هذا الحدث بنجاح داخل الخطط المعرفية الموجودة لديه، إذا لم يتم هذا التغير فإن العناصر النفسية للحدث الصدمي سوف تظل نشطة في مخزون الذاكر، وما دام الشخص الذي يخبر حالة من الصدمة الشديدة لا يستطيع معالجة تلك المعلومات، فإن هذه المعلومات تجري إزاحتها خارج الوعي. ولذلك تظل في شكل خام أو نشط أو بلا تجهيز ومعالجة، وفي هذه المرحلة تعمل آليات الإنكار denial والتخدير numbing باعتبارها أساليب أو حيلاً، دفاعية كي تحتفظ بالمعلومات المتعلقة بالصدمة في اللاشعور، أي خارج الوعي. فإنه، وبتأثير الميل إلى الاكتمال (مفهوم مماثل لما يعرف في التحليل النفسي بآلية إجبار التكرار repetition compulsion) تصير المعلومات المتعلقة بالصدمة في بعض الأوقات في بؤرة

الوعي باعتبارها جانباً من عملية معالجة المعلومات، الأمر الذي يخلق تمثيلات فكرية للحدث الصدمي على كل مستويات التوظيف المعرفي، وتختزله في بعض الأحيان في شكل صور إقحامية عن الحديث باعته على الاضطراب ولا يستطيع الفرد التحكم فيها. يحدد هورويتز نموذجاً وفقاً لأطوار متتابعة لمعالجة المعلومات من حيث رد الفعل للحدث الصدمي، ويعتبر أن هذا النموذج طراز أصلي prototype لما قد يتبع أحداث الحياة الصدمية من أطوار مميزة.

شكل رقم (١٠) يوضح الأطوار السوية والمرضية للاستجابات التالية للضغوط (Horowitz, 1993)



الطور الأول : طور الصرخة outcry phase

يتصف بالخوف ، والحزن والغضب فالاستجابة المباشرة لحدث صدمي تكون مصحوب بانفعالات قوية، وبإنذار بالخطر المحدق وليس بالضرورة أن يحدث هذا الطور لدى كل الناس، فبعض الأشخاص الذين يتعرضون لأحداث ضاغطة شديدة يستمرون في إبداء الفاعلية والتماسك والتعبير عن انفعالاتهم إلا أنه ما دام الفرد لم يكتسب بعد مهارات المواجهة المباشرة، فقد يبدي هذه الصرخة سواء من داخله أو من خارجه، ويلاحظ أن هؤلاء الأفراد فيما بعد حينما يكونون وحدهم ويبدأون بالاسترخاء ويخفضون من حواجزهم الدفاعية، فإنهم يخبرون بالتالي مرحلتى الإنكار والإقحام، وتعتبر الصرخة في هذا الطور الأول استجابة عادية أو طبيعية إزاء الأحداث أو المواقف الصدمية، أما الظاهرات غير السوية للصرخة، فتشمل الهلع، السلوك التدميري، والنوبات المفاجئة للانهيار، والاستجابات الانفعالية العنيفة.

الطور الثاني : طور الإنكار Denial phase

تبدو الاستجابة العادية أو السوية لهذا الطور في تجنب ذكريات الصدمة وفي رفض تلك الصور أو الأفكار المتعلقة بها أو بمواجهتها، أما الاستجابات المرضية فتبدو في السلوك الإحجامي اللاتكفي، والانسحاب الاجتماعي، وتعاطي العقاقير أو المخدرات، والاندفاعية وقد يخبر بعض الأفراد إحساساً داخلياً بتغييم الإدراك، مع شعور بأن الدنيا أصبحت أكثر رمادية عن ذي قبل، وقد يخبر الفرد وعياً متناقصاً بالإحساسات الجسمية، قد يصل إلى حد الشعور بأنه "ميت في الحياة" والواقع إن الكثير من أعراض الإنكار قد تكون أساليب سوية لتعديل الاستجابات الانفعالية إلى جرعات موزعة على فترات ويمكن تحملها أما الإنكار غير السوي، فيصيب بالإحجام الزائد إلى جعل الفرد لا يسعى إلى مواجهة الضغوط وقد يركن نتيجة لذلك إلى أساليب مضادة كالإدمان مثلاً.

الطور الثالث : طور الإقحام Intrusion phase

يتصف هذا الطور من حيث الاستجابات العادية بتواتر أفكار قهرية عن الحدث تقحم نفسها على نشاط العقل كما لو أنها أفكار أو صور تطفلية، أما الاستجابات غير العادية فتظهر في حالات من الانغمار بالصور أو الأفكار المستمرة والمزعجة عن

الحدث، ومن الارتباك والانعصار والاندفاع، مع ما يصاحب ذلك من اضطرابات فيزيولوجية، ويتصف هذا الطور بصفة عامة باليقظة الزائدة (فرط التنبيه للمنبهات الباعثة على التهديد) التي تؤول إلى ردود أفعال ترويعية لمنبهات عادية، وخاصة إذا كانت الأصوات العالية أو المثيرات البصرية المأساوية جزءاً من الحدث الصدم وقد يصل طور هذه الحالة في بعض الأحيان إلى حد أن الفرد قد تتشأ لديه حالة من الأوهام بسبب استعداده لتفسير المنبهات الجديدة على أنها تكرر للأحداث الصدمة، وقد يخبر الفرد بعض الهلوسات الحسية وقد يفسر إحساساته الداخلية على أن لها أساساً خارجياً في الواقع، ويتصف طور الإحكام بالإحساس بالتخدر numbness ولا يعني التخدر غياب للانفعالات، ولكنه إحساس بالتخدر وبأفول المشاعر، وقد يشعر الفرد فعلاً بأنه مطوق بطبقة عازلة وقد تؤثر به البلادة الانفعالية إلى تغيير أنماط تفاعله مع الناس، حتى مع من يقدمون له العون والسند، الأمر الذي قد يؤدي في حياته الأسرية وصدقاته وعلاقات العمل، كما يتصف هذا الطور بآلام انفعالية emotional pangs وهي انفعالات تحدث في شكل موجات شديدة لا يستطيع الفرد تحملها حينما تصل إلى ذروتها من الشدة وقد يتضمن طور الإحكام انغمار الفرد بصور وأفكار ملحة ومفاجئة وغير مطلوبة تحدث غالباً حينما يكون مسترخياً قبل النوم أو عند الجلوس للراحة وتؤلف هذه الصور الحسية الحية أو النشطة أو الناصعة التي تغمر الفرد أثناء فترات الراحة أو الاسترخاء ظاهرة النعاس hypnagogic phenomenon وقد تحدث حالة أخرى تعرف بظاهرة طرد النوم hypnopompic phenomenon والتي تعزى إلى القلق الذي يمتلك الشخص من توقع أحداث صدمية أخرى، أو إلى تفسيره لما يدركه حوله من علامات signs أو هاديات cues على أنها دليل على أنه سوف يفقد قدرته على التحكم في نفسه أو أنه في سبيله إلى الجنون، ولكن مما ينبغي أن نضعه في اعتبارنا في هذا الشأن أن هذه الخبرات الإدراكية الإحكامية أو التطفلية لا تنتمي إلى أغراض الذهان، ولكنها مظاهر شائعة قد يخبرها بعض الأشخاص بعد الأحداث الصدمية.

من شأن هذه المادة النفسية الإحكامية أو التطفلية Intrusive psychic material من الصور والأفكار، أن تستمر في الدخول إلى الوعي وتقتحمه إلى أن تتم معالجة

المعلومات وتجهيزها كلية، أما حينما تخبر الأنا تلك المعلومات على أنها "حمل زائد" أثناء النوبات الإقحامية intrusive episodes فتتشط مرة أخرى دورة الإنكار - التخدر وهنا قد تتطور حالة من التذبذب بين الإقحام والإنكار - التخدر، تسبق التكامل الكلي للمادة الصدمية وتلك من المعالم التي تحدث بشكل طبيعي لعملية معالجة المعلومات المتعلقة بالصدمة.

الطور الرابع : طور العمل على مواجهة الواقع Working through phase

يعتبر هذا الطور مرحلة انتقالية تنشط فيها، من الجانب السوي، آليات مواجهة الواقع، أي واقع ما حدث، والعمل على استيعابه، أما الاستجابات المرضية في هذا الطور، فتتمثل في حالات القلق والاكتئاب، وحالات التجمد السباتي hibernative frozen states والتغيرات النفسية الجسمية، والتغير في طبائع الفرد مثل افتقار القدرة على العمل أو الإبداع أو الحب ونقص الفاعلية في الحياة .

تتصف هذه المرحلة الانتقالية في التفكير والمشاعر والعلاقات مع الآخرين والتواصل معهم، أي إحراز تقدم في تلك الجوانب التي كانت موضع ضيق واضطراب أثناء طور الإقحام، ويتضمن هذا التقدم تكوين خطط معرفية جديدة أو مراجعة الخطط المعرفية القائمة كي تتوافق الأبنية المعرفية الداخلية مع المعلومات الجديدة المتعلقة بالحدث الصدمي، وبكل ما تأثر بهذا الحدث من سلسلة الخبرات التي عاشها الفرد، وقد تنشأ في هذه المرحلة حالة من العودة والتقهقر إلى أعراض الإنكار أو الإقحام ولكن، تغلب على هذه المرحلة الاستعادة التدريجية لحالة الاتزان الذي يتضح في نهايتها عن طريق التحرك إلى حالة الاكتمال النسبي التي تتمثل في معالجة معنى الحدث الصدمي وتجهزه كي تتمثله الذات داخل الخطط المعرفية، وفي هذه العملية يجري تقدير معنى الحدث الصدمي ليس فقط على أساس الخطط المعرفية لذاتية الأكثر واقعية بل أيضاً على أساس الخطط الأكثر تطرفاً مما يعمل كذلك على صهر الحدث مع المعنى، واستيعاب المعنى هل، ولهذا تتصف هذه المرحلة بالتنظيم الذاتي وبالتوصل إل بعض القرارات، وتلك عمليات إرادية ووظيفية للبقاء وتهيؤ الشخص للعمل والالتزام والمسئولية بعد ما خبره من معاناة الفقد أو الإصابة أو الضرر، وتقبل

الذات والعالم في ضوء نظرة واقعية لما يتألف منه الآن الموقف الجديد والحالي، وتلك نهاية تكيفية لخبرة الحدث الصدمي لدى الفرد.

الطور الخامس: طور الاكتمال completion phase

يتميز هذا الطور باكتمال عملة تجهيز المعلومات المتعلقة بالحدث الصدمي، حيث يتصف الفرد هنا باستعادته لتوازنه ولفاعلياته في الحياة ومواصلته لأدواره ووظائفه ومسئولاته فيها، أما الإخفاق في إحراز هذا التقدم فيعني تعبيراً في شخصية الفرد، يتضح في عدم القدرة على العمل، أو التفاعل مع الآخرين والتواصل معهم أو أقول العاطفة وافتقاد الحب، أو نضوب الإنتاجية والإبداع.

إن التركيز إذن ف هذا الطور يكون على اكتمال معالجة المعلومات المتعلقة بالحدث الصدمي، حيث التوصل إلى حالة من التنفيس abreaction أي تفريج الشحنات الانفعالية الناشئة عن الحدث القصدي والمرتبطة بالصور والأفكار والذكريات والانفعالات المصاحبة له، أو إلى حالة من التفريغ catharsis لتلك الذكريات الكبوت والتطهر منها، ويعتبر هورويتر أن الأفكار أو الصور أو الذكريات الإقحامي intrusions تعمل على تيسير عملية معالجة المعلومات، وأن العمليات الدفاعية تساعد على تمكين الفرد من الاستيعاب التدريجي للخبرة الصدمية ومن هذا المنظور تمثل الاسترجاعات المتكررة لذكريات الصدمة مع ما يصاحبها من سلوك إجمامي ومشاعر التخدر، جهوداً في سبيل إحداث تكامل لذكريات الصدمة داخل نظرة مقبولة للذات (مثل تقدير الذات والشعور بالكفاءة) مثال ذلك : عالم يمكن ضبطه والتحكم فيه، وعالم يمكن التنبؤ به.

الواقع إن عملية اكتمال معالجة المعلومات تستمر حتى تصير المعلومات الجديدة جزءاً من النماذج طويلة المدى والخطط المعرفية الداخلية، لدى الفرد وهكذا في طور الاكتمال تكون الخبرة متكاملة وتكون جزءاً من نظرة الفرد إلى العالم وإلى ذاته، فلا يعود بحاجة إلى أن يعزل نفسه عن عالمه ولا إلى أن يقيم حاجزاً بين خبرة الحدث الصدمي وبين بقية جوانب شخصيته وبذلك وعند هذه النقطة لا تعد الصدمة خبرة مخزونة في حالة نشطة، ويقرر هورويتر أن التكامل ربما لا يعتبر كثيراً طوراً مميّزاً بقدر ما يعتبر معلماً رئيسياً ، فهو يسير إلى النهاية النسبية للأطوار الأكثر نشاطاً

لمعالجة المعلومات المتعلقة بهذه الأحداث المهمة موضع الاعتبار، ويعتبر الاكتمال عملية نسبية لأن الذكريات والخطط المعرفية المتعلقة بالحدث الصدمي تميل إلى البقاء والاستمرار طوال حياة الفرد. ولكننا نحدد التكامل باعتباره طور من أطوار الاستجابات التالية للضغوط لأنه يتضمن إحساساً بأن الشخص أخذ يستعيد تماسكه الذاتي self-coherence وصار مهياً الآن للاضطلاع بأدوار وعلاقات ونشاطات جديدة ومستعداً لمواصلة فعالياته في الحياة .

تلك هي الأطوار المتتابعة للاستجابات التالية لضغوط في نموذج هورتيوز الذي يعتبره طرازاً أصلياً وتحديث لتلك الاستجابة للضغوط بالرغم من أنه امتداد لمفاهيم التحليل النفسي عن الصدمة وتحديث لتلك المفاهيم في نسق نموذج متميز ويؤكد هورويتر أن هذا النموذج لا ينطبق بالضرورة على كل فرد، كما أنه لا توجد نقطة تحول محددة بدقة بين طور وآخر.

ويولي نموذج هورويتر أهمية كبيرة لمتغيرات الشخصية والأسلوب المعرفي وأنماط الصراع وآليات المواجهة لدى الفرد، وكذلك لمتغيرات الثقافة وغيرها من العوامل مما يمكن أن يؤثر أيضاً في الكيفية التي يخبر بها الفرد أفكاره ومشاعره في استجابته للأحداث الضاغطة وكذلك في الكيفية التي يعبر بها عن تلك الأفكار والمشاعر، ولا شك في أن هذه العوامل ينبغي أن تكون موضع اعتبار عند اختيار الأسلوب الأمثل للتدخل العلاجي (Horowitz, 1993).

٤. (شبكة الذاكرة القائمة على الخوف) fear-based memory network :

ينتمي هذا النموذج الذي تقدمه "فوا" وآخرون إلى نماذج المعالجة المعرفية cognitive processing ووفقاً لهذا النموذج تتطور شبكة للذاكرة قائمة على الخوف، لدى الفرد عقب تعرضه لصدمة ما، تحتوي على معلومات تتعلق بعدد من المكونات التي تشمل المثيرات المتعلقة بالصدمة والاستجابات للصدمة (أفكار، مشاعر، سلوك) ومعنى منبهات الصدمة، والاستجابات المتوالية لعملية الصدمة، ويفترض هذا النموذج أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ينشأ حينما تصير المواقف أو الأشخاص أو الأشياء التي كانت تتصف في السابق بالأمن والسلامة مرتبطة بخطر بالغ الشدة أثناء الصدمة وتعكس ظاهرات معاودة الخبرة،

(كالذكريات، والأحلام المفزعة) حالة من العجز لدى الفرد في تنشيط شبكة الخوف داخل مدى واسع يكفي لتعدي عناصر الذاكرة، ولكن ثمة صعوبات بالغة تعترض تنشيط شبكة الذاكرة واستدماج المعلومات الدقيقة المتعلقة بالصدمة وتتمثل هذه الصعوبات في الإحجام عن التفكير في الصدمة أو مناقشتها لذا، فإنه لإحداث تعديل في مركب الخوف، ينبغي تنشيط الذاكرة كذلك ينبغي أن تتكامل المعلومات الجديدة مع إدراك الخطر الشامل والمزمّن وفي ذل يفيد العلاج المعرفي السلوكي، في مساعدة ضحايا الصدمة على تحقيق تلك الغاية.

يعتمد هذا النموذج على تحليل لانج لأبنية الخوف fear structures فالخوف يكون مخزوناً كشبكة في الذاكرة وهذا الشبكة تعمل في الأساس كبرنامج للهروب من الخطر، وتتضمن منبهات متعلقة بالخوف واستجابات (لفظية، وسلوكية، ونفسية) ومعنى للمعلومات لخاصة بالمنبهات والاستجابات ويوضح نموذج فوا أن منبهات الخوف ليست ذاكرة وأن اضطراب الضغوط التالية للصدمة، يكون مختلفاً عن أي اضطراب آخر من اضطرابات القلق بسبب كثافة عناصر الاستجابة التي خلقت الاستثارة النفسية الفيزيولوجية، وحجم بنية الخوف، قابليتها للتعميم، وسهولة الوصول إلى الشبكة المتعلقة بالصدمة وفي ذلك تعمل الصدمة على العصف بالفرضيات والمواقف التي كانت تعتبر في السابق جوانب آمنة وسالمة ولكنها الآن تصير علامات أو هاديات أو إلماعات cues للخطر وهكذا تصبح الحدود أو الحواجز بين السلامة والخطر غير واضحة الأمر الذي يترتب عليه تناقص القدرة على الضبط والتحكم، ويعني ذلك أن البنية المرضية أو العصابية للخوف تتطور حينما تصير المثيرات المحايدة مرتبطة باستجابات القلق، وتكون التقييمات المعرفية المحايدة مرتبطة باستجابات القلق وتكون التقييمات المعرفية لتلك الترابطات خاطئة أي أن تقديرات التهديد تكون غير واقعية وبالتالي تلتصق بالحدث قوة سالبة عالية وتتصف هذه الترابطات بمقاومتها للتغير أو التعديل لأنها تخفق في أن تنطفئ أو تتوافق ويعزى ذلك إلى التعرض غير الكافي للمنبه الباعث على الخوف كما أن المعلومات الصحيحة تخفق في إعادة مواعمة التقييمات مع الواقع وتأسيساً على ذلك يؤكد

نموذج فوا أن الاختلافات تكمن في كل من الترابط بين المنبه والاستجابة وتقييماتها (Horowitz, 1993).

٥. الأبنية المعرفية cognitive structures :

يتميز نموذج الأبنية المعرفية الذي قدمه ماك كان وبيرلمان بأنه يعتمد على التكامل بين بعض النظريات وبخاصة نظرية الذات والنظرية المعرفية وقد يعرف هذا النموذج أيضاً بنموذج البنائية constructionsim ويتميز هذا النموذج بأنه يولي أهمية كبيرة لفردية الشخص لفردية الشخص ضحية الصدمة وفي ذلك يعتقد ماك كاتن بيرلمان أن التحدي الحالي في ميدان دراسات الضغوط الصدمية يبدو في تجنب خطر حرمان الأشخاص الباقين على قيد الحياة بعد الصدمة trauma survivors من فرديتهم وذلك بالتركيز تحديداً على العموميات أو لجوانب المشتركة في أنماط الاستجابة بين هؤلاء الأشخاص ولكن ينبغي أن نضع ف اعتبارنا أن الصدمة يخبرها أشخاص، وليس مجرد، ضحايا سلبت منهم إنسانيتهم وأن ما بينهم من فروق وعموميات ينبغي أن تكون موضع احترام.

يذهب هذا النموذج إلى أن الأفراد يطورون معتقدات أو فرضيات أو توقعات محورية في مجالات للحاجات الأساسية تعرف بالخطط المعرفية schemas وأن هذه الخطط المعرفية تتأثر بالصدمة إلى أقصى حد، وتنشط الخطط المعرفية باعتبارها مارف محورية cogni core tions تملي التعبير عن الصدمة أو تشكلها التعبير ويبدأ التعبير عن الفردية لدى الشخص من خبرة وتتصف الصدمة بأنها تفوق قدرة الشخص على تلبية متطلبات محدثة من التمزق للحاجات النفسية الأساسية تلك الخطط بأساليب فعالة لذا يركز ماك كان وبيرلمان ، على الاستجابة للصدمة وليس على الصدمة في حد ذاتها "فالأفراد يتمتعون بمقدرة كامنة على بناء واقعهم الشخصي كلما تفاعلوا مع بيئتهم .

إن كل فرد إذن وفقاً لهذا النموذج يكون قد نظم بالفعل معتقدات الرئيسة عن الكيفية التي يسلك ويعمل بها، والكيفية التي يكون عليها العالم، ويستخدم الفرد مهاراته (مهارات الأنا ego skills) في دعم الذات أو تدعيمها، أي أن الفرد يبني واقعاً وينظم تقدير الذات من خلال خطته المعرفية ولكن الصدمة تمزق التوازن بين هذه

المعتقدات محدثة حالة من الجمود والاضطراب، ويحدد ماك كان وبيرلمان نظاماً من الخطط المعرفية schemas (أ) وتعبيرات الصدمة المتعلقة بها (ب) فيما يلي :

جدول رقم (٧) يوضح نظام الخطط المعرفية وتعبيرات الصدمة المتعلقة بها

أ	ب
الإطار المرجعي	لماذا يحدث هذا لي
السلامة	أنا خائف على نفسي
الثقة	لا أستطيع أن أعتمد بارتياح على أي شخص
الثقة بالنفس	لا أستطيع أن أصدر أحكاماً لحماية ذاتي
الاستقلال	لا أقدر على التحكم في سلوكي أو مصيري
القوة	أشعر بالعجز إزاء تأثير الآخرين أو إزاء الحياة
التقدير	لم يعد لدي تقدير لذاتي
الود	أشعر بأنني مغترب أو بعيد عن الآخري

مما يركز عليه هذا النموذج أن كل خطة من هذه الخطط المعرفية يتم تقييمها وتحديد أولويتها داخل نسق بنية الذات self- structure لدى الشخص لذا تعتبر الصدمة خبرة مدمرة لأنها تمزق العناصر المحورية للوجود لدى الشخص .

٦. التقدير المعرفي cognitive appraisal :

يقدم كل من (جانوف - بولمان) و (إيشتاين) نموذجاً للتقدير المعرفي خاصاً باضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويقوم هذا النموذج على الافتراضات الأساسية التي يكونها كل فرد منا عن العالم، ينظر إلى الأحداث الصدمية على أنها عوامل ممزقة قوية لهذه الافتراضات عن الذات والعالم لذا ينظر إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أنه استجابات للمواجهة غير تكيفية إزاء عجز هذه المعتقدات الأساسية، كما يتضح مما يحدده (جانوف - بولمان) عن الفرضيات الأساسية وإيستابن عن المعتقدات الأساسية basic assumption و إيشتاين عن المعتقدات

الرئيسية fundamental beliefs وعددها ثلاث مكونات فرضية لدى كل منهنات
كما يلي :

جدول رقم (٨) يوضح الفرضيات الأساسية لنموذج التقدير المعرفي

المعتقدات الرئيسة الثلاثة وفقاً لـ إيشتاين	الفرضيات الأساسية الثلاثة وفقاً لـ جانوف بولمان
١- العالم خير، ومصدر للبهجة	١- الاعتقادات في الحصانة أو المناعة الشخصية
٢- العالم ذو معنى ويمكن ضبطه	٢- إدراك العالم على أنه ذو معنى ويمكن فهمه
٣- الذات جدير بالحب، وطيبة، ومقتدرة	٣- النظرة إلى الذات من منظور إيجابي

إن كل فرد ويشكل تلقائي غير مقصود يبني لنفسه نظرية شخصية عن الواقع
personal theory reality تتضمن أقساماً فرعية من نظرية عن الذات ونظرية
عن الواقع ولهذه النظرية الشخصية عن الواقع أربع وظائف رئيسية هي :

١. أن يحتفظ الفرد بتوازن معقول بين اللذة والألم، مع اعتبار المستقبل الذي
يمكن التنبؤ به .

٢. أن يستوعب بيانات الواقع بطريقة يمكن التعامل معها .

٣. أن يحتفظ بمستوى معقول لتقدير الذات.

٤. الحاجة إلى الارتباط بالآخرين.

تتغير هذه النظرية الشخصية لدى الفرد وتتمو من خلال التفاعل بين عمليتي
الاستيعاب Assimilation والتكيف أو المواءمة Accommodation وتتحقق هذه
العملية من دون مشكلات بصفة عامة، فإنه في حالة الصدمة الشديدة قد يكون الفرد
عاجزاً عن استيعاب الخبرة الصدمية داخل النظرية الشخصية القديمة عن الواقع،
وتعتبر الأفكار الإقحامية والقلق، بدرجة ما استجابات طبيعية وسوية وتظل تتواتر
حتى يتم تمثل القدر الأكبر من المعلومات ويصل الفرد إلى حالة من التكيف
المناسب، ويفسر هذا النموذج المعرفي اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أنه

ينشأ كرد فعل للحدث لمهدد الذي يعصف، وعلى مستوى عميق من خبرة بهذه الفرضيات أو المعتقدات الرئيسة في النظرية الشخصية عن الواقع . يؤكد نموذج التقدير المعرفي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة أهمية الفرضيات والمعتقدات الأساسية لدى الفرد عن الذات والعالم وهي ركائز للوجود الإنساني لا تخضع عادة للتحدي بشكل خطير وعلى مستوى عميق من البناء النفسي للفرد ولكن الأحداث الصدمية تتصف بالقوة و الفجاءة والعمق بدرجة تكفي للعصف بهذه الفرضيات الأساسية وفي حين ينظر إلى بعض أشكال الاستجابات التالية للصدمة على أنها استجابة سوية، فإن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يعتبر استجابة غير تكيفية لمواجهة عجز الفرد إزاء انتهاك هذه الفرضيات والمعتقدات الأساسية. يفيد نموذج التقدير المعرفي في فهم الاستجابات للصدمة على أساس متصل يمتد من الاستجابات السوية أو العادية إلى الاستجابات المرضية أو غير العادية و ثم اتفاق واضح بين الفرضيات المنتهكة والنظريات الشخصية المتصدعة عن الذات والعالم وبين الواقع الخبري experiential reality للأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة ويبدو من ذلك أن التقدير المعرفي لدور الذات ينطوي على تضمينات للتدخل العلاجي الفعال (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠١) .

ثانياً: النموذج والنظريات السلوكية

تفتح التفسيرات السلوكية على نظرية التعلم آفاقاً أخرى على قدر كبير من الأهمية في تطور التنظير والبحث في اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وما لهذا من تضمينات عملية في الإرشاد والعلاج ، تستند النماذج السلوكية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وما لهذا من تضمينات عملية في الإرشاد والعلاج .

تستند النماذج السلوكية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة التي يقدمها كين وزملاؤه إلى نظرية العاملين Two –factor theory لـ ماورر تؤكد هذه النظرية أهمية كل من الاشتراط التقليدي (الكلاسيكي) classical conditioning والاشتراط الوسيلى instrumental conditioning في تطور الاضطرابات النفسية ويشبه تطور أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة اكتساب الاستجابات النفسية والسلوكية للخوف على أساس الإشرط الكلاسيكي وتعمل المنبهات الصدمية المتعلقة بالحروب

والمعارك على أنها منبهات منفردة غير إشرافية unconditioned aversive stimuli تستدعي بشكل انعكاسي استجابات شديدة وتلقائية من الضيق والاضطراب لدى الأفراد الذين خبروا تلك الأحداث الصدمية ومن هذا المنظور يعتبر الخوف استجابة متعلقة بالإشراف الكلاسيكي (العامل الأول وفقاً لنظرية ماورر)، ويتأكد ذلك أيضاً من المنظور العصبي فالحساسية الزائدة بقدر تكون نتيجة للنشاط الزائد للمجموعة الصبية المعروفة بالمركب الحصيني الحاجزي في الدماغ Septal-hippocampal complex أو الحساسية الزائدة في نشاط القشرة الكظرية في الدماغ Adrenergic hypersensitivity أو الحساسية العصبية العالية العامة وقد أكد بحوث عدة وجود هذه الحساسية الزائدة أو الاستثارة المرتفعة لدى المحاربين القدامى من ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة، حيث تبين أيضاً أن استجاباتهم النفسية الفيزيولوجية زائدة الشدة وعالية المقاومة للانطفاء، كما تقدر بالمقاييس الفيزيولوجية .

من خلال التعلم الترابطي قد تكتسب بعض الأمارات أو الهاديات cues (مثل مناظر معينة أو أصوات أو روائح أو أشياء أو أشخاص وغير ذلك من المنبهات الإشرافية مما قد يذكر الشخص بالخبرة الصدمية) قدرة على استدعاء الخوف الشديد. وهذه الهاديات المتعلمة أو المنبهات الإشرافية (CS) تتطور وتكتسب قدرة على استدعاء استجابة للخوف تتصف بالشدة والكثافة (استجابة إشرافية (CR)).

أما العامل الثاني، فيتحدد بالسلوك الإحجامي الوسيلى Instrumental avoidance behavior فضحايا الصدمة ينزعون إلى تجنب إشارات أو هاديات معينة لكي يخفضوا إلى أدنى حد ممكن من مستوى انغمارهم بالذكريات والمخاوف التي يخفونها بشكل متكرر فعلى سبيل المثال قد يلجأ الشخص ضحية الصدمة إلى تجنب الحديث عما خبره، أو يتجنب الأشخاص أو الأماكن أو غير ذلك مما قد يماثل الحدث الصدمي وعلى الرغم من أن الغرض من السلوك الإحجامي قد يبدو على أنه التحكم في المشاعر والذكريات المؤلمة فإن الاستراتيجيات الإحجامية للمواجهة تعمل في المقابل على تدعيم مشاعر الخوف، والعزلة الاجتماعية وإدراك الفرد لذاته على أنه عاجز عن التحكم في حياته.

هكذا يمكن اعتبار اضطراب الضغوط التالية للصدمة من هذا المنظور السلوكي على أنه اضطراب أو سوء توافق في دور الإقدام و الإحجام Approach- avoidance cycling للمنبهات المختلفة الإشرطية وغير الإشرطية التي تمثل الصدمة ويبرز هذا النموذج أهمية وجود سلسلة م المنبهات الإشرطية (الكثير من علامات أو أمارات أو هاديات الصدمة Trauma cuse ونظام معقد من الإشرط ومن تعميم المنبه (هاديات الصدمة تكون منتشرة ومقاومة للانطفاء) والمعارف المتعلقة بالصدمة (باعتبارها منبهات إشرطية كامنة) ويتميز هذا النموذج السلوكي بأنه يقدم هكذا تفسيرات مناسبة لبعض فئات أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة ألا وهي تطور أعراض الاستثارة لدى ضحايا الصدمة، (مثل الاستجابة الترويعية المبالغ فيها) وأعراض الإحجام (مثل تجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالصدمة) .

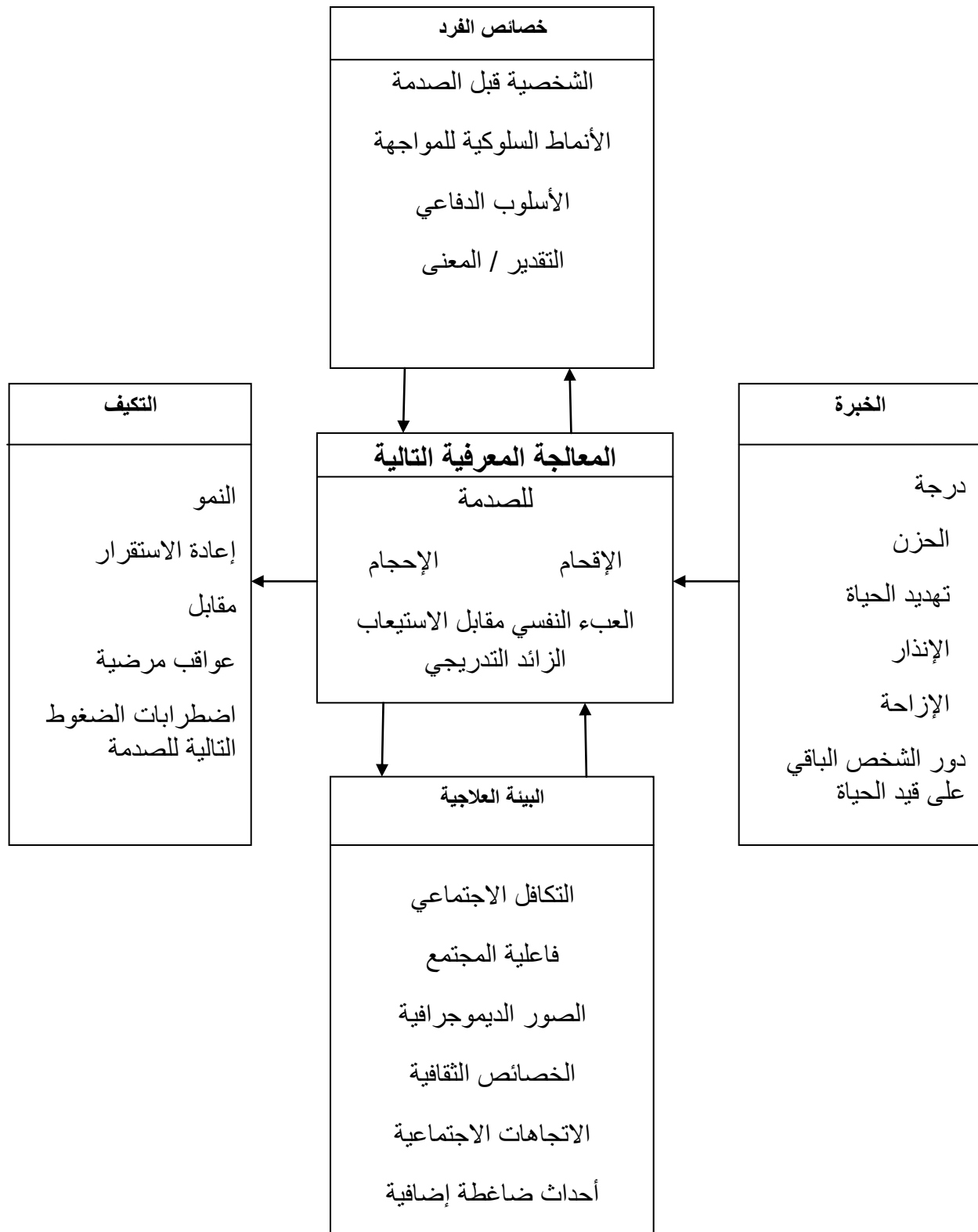
من ناحية أخرى لا يقدم النموذج السلوكي تفسيرات لتطور أعراض معاودة خبرة الحدث الصدمي re experiencing واستمرارها (مثل الذكريات والكدر عن الصدمة والأحلام المفزعة المتكررة عنها) والواقع إن تطور الأعراض المعرفية الإقحامية الواسعة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة واستمرار تلك الأعراض يتطلب تفسيرات نظرية تتجاوز الإطار التصوري السلوكي وتمتد إلى ما وراء بمادئ الإشرط التقليدي والإجرائي (Manson,1995) .

ثالثاً: النموذج والنظريات النفسية الاجتماعية

يحظى النموذج النفسي الاجتماعي psychosocial model الذي طوره ولسون وزملاؤه باهتمام وقبول واسعين في ميدان اضطراب الضغوط التالية للصدمة وتبدو قيمته في تركيزه على التفاعل بين الحدث الصدمي الضاغط والاستجابات العادية، للكارثة وخصائص الفرد والبيئة الاجتماعية الثقافية التي يخبر فيها الصدمة ويسترد فيها توازنه وفاعليته وترتكز هذه النظرية على نموذج معالجة المعلومات لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. (Information processing model of PTSD) الذي طوره هورويتز الذي يركز على تلك الحقيقة بأن أشخاصاً معينين ممن يتعرضون لصدمة شديدة يتطور لديهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة في حين أنه لا

يتطور لدى آخرين وفيما يلي نعرض لجوانب النموذج النفسي الاجتماعي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة .

شكل رقم (١١) يوضح الإطار النفسي الاجتماعي لفهم اضطرابات الضغوط التالية للصدمة (Peterson, 1993)



يقرر ولسون وكراوس أن الشخص يخبر عبئاً نفسياً زائداً حتى تتكامل الصدمة بنجاح داخل الخطط المعرفية لديه ويحددان (العبء النفسي الزائد) *Psychic overload* على أنه حالة لا يمكن للفرد فيها أن يفهم طبيعة الخبرة وشدتها ومعناها في ضوء ما لديه من خطط معرفية تصورية للواقع، ويؤدي إخفاق دفاعات الأنا وآليات المواجهة إزاء الكارثة إلى العجز في معالجة الخبرة وهنا تساعد البيئة المواتية على التعامل مع الصدمة واستيعابها ويبرز ولسون وكراوس عدة خصائص واسمه للخبرة الصدمية لما لها من علاقة وثيقة بالاستجابات بعيدة المدى للصدمة فيما يلي :

١. شدة الحدث الصدمي .
٢. طول الصدمة .
٣. سرعة الإنذار ببداية وقوع الصدمة .
٤. درجة الحزن والأسى.
٥. درجة الإزاحة للشخص أو الجماعة.
٦. نسبة درجة التأثير في المجتمع بالتهديد للحياة.
٧. التعرض المتعلقة بالمعارك وما فيها من دمار وموت لدى المحاربين.
٨. المشاركة (بما فيها الدور الذي يقوم به الشخص الباقي على قيد الحياة، كأن يكون دوراً سلبياً أو إيجابياً).
٩. درجة احتمالات الصراع المعنوي إزاء معاودة حدوث الصدمة والتحكم فيها.

تلك عناصر رئيسة للخبرة الصدمية ويقدر ما يزداد تكرارها بقدر ما تتطور أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة وبالتالي فإن طبيعة الصدمة تحدد درجة الحاجة إلى معالجة المعلومات ومقدارها، وتتبدى أهمية خصال الفرد داخل هذا النموذج التفاعلي وتشمل هذه الخصال:

١. قوة الأنا.
٢. فاعلية أو طبيعة الدفاعات أو مصادر المواجهة.
٣. وجود تاريخ سابق لاضطرابات نفسية .
٤. الخبرات الضاغطة أو الصدمية السابقة.

٥. الميل السلوكي.

٦. المرحلة النفسية الاجتماعية الحالية للشخص الضحية والعوامل الديموجرافية

(مثل السن، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، والتعليم) .

يركز هذا النموذج على التفاعل بين عوامل الفرد وعوامل الصدمة باعتبارها كلها عوامل ضرورية وكافية لتطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة. كما يركز على أهمية المتغيرات الموافقة، أي المواقع والأماكن التي حدثت فيها الصدمة، كالمنزل أو في أماكن مألوفة أو في بلد أجنبي .

أما البيئة والتي تعرف بالبيئة العلاجية أو البيئة الاستشفائية recovery environment فتحتل موقعاً متميزاً في هذا النموذج وتقوم بدور مهم في معالجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة ويلاحظ أن هذا المتغير كثيراً ما يلقي إهمالاً أو إغفالاً في معظم النماذج النظرية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة فخواص البيئة، حيث يسعى الفرد إلى مواجهة الخبرة الصدمية والمتغيرات البيئية ترتبط بعواقب تلك الخبرة وتشمل العوامل البيئية :

١. أنظمة التكافل الاجتماعي .

٢. عوامل الحماية التي توفرها الأسرة والأصدقاء (غشاء الصدمة trauma

(membranes

٣. اتجاهات المجتمع.

٤. فاعلية المجتمع .

٥. الخصائص الثقافية.

تتبدى عواقب الخبرة الصدمية ونتائجها في فئتين متميزتين واسعتين هما :

العواقب المرضية : وتتمثل في تطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة أما الفئة الثانية فهي النمو الشخصي وإعادة الاستقرار: ويتحقق هذا المستوى من معالجة الخبرة الصدمية منه خلال المواجهة الكاملة واكتمال خبرتها.

يتضح أن النموذج النفسي الاجتماعي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة يمثل إطاراً عاماً قابلاً للتطبيق على كل الخبرات الصدمية، وتبدو قيمة هذا النموذج التصوري في نتائج البحوث التي أجراها ولسون وكراوس على المحاربين القدامى في

حرب فينتام والتي تؤيد الافتراضات الأساسية لهذا النموذج فقد تبين من نتائج هذه البحوث وجود ارتباطات بين درجة أو طبيعة الصدمة وشدة اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ونقص التكافل الاجتماعي وشدة اضطراب الضغوط التالية للصدمة وعوامل الشخصية قبل المرض وتطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتبرز نتائج هذه البحوث أن أفضل المنبئات باضطراب الضغوط التالية للصدمة، كان شدة الحدث الصدمي درجة العزلة النفسية الاجتماعية في البيئة ويقرر "ولسون وكراوس" أنه إذا كان التعرض للأحداث الضاغطة الصدمية يضع الأساس لتغيرات في بنية الشخصية لدى الشخص الضحية أو الباقي على قيد الحياة، فإن البيئة تحدد ما إذا كان التكيف التالي للصدمة post-trauma adaptation سوف يكون مرضياً أو موجباً في طبيعته .

رابعاً: النماذج والنظريات السيكودينامية

لقد أولت نظريات التحليل النفسي اهتماماً للخبرة الصدمية، كما استخدمت المفاهيم السيكودينامية في تفسير الاضطرابات المرتبطة بالصدمة ويمكن تحديد النماذج السيكودينامية في أربع فئات هي (السيكودينامية الكلاسيكية والنموذج النفسي الاجتماعي الارتقائي، والنموذج النفسي التكويني، ونظرية العلاقات المستهدفة، وذلك ما تناوله في هذا القسم.

١. النموذج السيكودينامي التقليدي

Traditional psychodynamic model

لقد قدم التحلي النفسي تاريخاً تفسيرات عن عصاب المعارك الحربية combat neurosis لدى الجنود بل وكان لفرويد في أوائل هذا القرن كتاباته في هذا الشأن (مقدمة في سيكولوجية أعصاب الحرب) وغيره من علماء التحليل النفسي. والعصاب الصدمي لدى الأشخاص الباقين على قيد الحياة بعد خبراتهم في معسكرات التعذيب النازي المعروف بالهولوكست، وعلى الرغم من أن معظم أصحاب التحليل النفسي يذهبون إلى أن العوامل الوراثية هي أكثر العوامل المنبئة باضطراب الضغوط التالية للصدمة فإن نظريات التحليل النفسي بصفة عامة تقر بأهمية الخبرة الصدمية في حد ذاتها، والواقع أن مفاهيم التحليل النفسي قد أشيء استخدامها في هذا الميدان وتحتاج

إلى مراجعة في فهم العصاب فيما يتعلق بالخبرة الصدمية الشديدة، ومع ذلك فإن معظم التحليل النفسي يركز على العوامل التكوينية constitution للفرد والصراعات المختلفة قبل الصدمة حيث ينظر إلى هذه العوامل على أنها سبب اضطراب الضغوط التالية لصدمة وليس طبيعة الضغوط ومداها ولهذا فإن التحليل النفسي الكلاسيكي يركز غالباً على الفرد، ومن ثم يعاب عليه إهماله لواقع الحرب ومعسكرات الاعتقال، والاغتصاب والتعذيب والاعتداء والكوارث.

تتبدى مفاهيم التحليل النفسي واضحة في إبراز أهمية الأحداث الضاغطة التي تتمثل في تمزق الروابط وفقدان البيئة الاجتماعية الثقافية وقلق الانفصال المستمر والشعور الدائم بالعجز وتوقع الموت ومحو الفردية والخصوصية والحط من قد الذات أما العواقب فتبدو في دافع النكوص إلى المرحلة الفمية وتحول الطاقة النفسية اللبديدية libidinal cathexis من الموضوع إلى الذات، و تعبئة الحفزات أو الدفعات الطفلية السادية الماسوشية infantile sado- masochistic impulses والتغيرات النكوصية في الأنا وتأخذ الدفاعات أسلوب الإنكار، وتطور الذات الزائفة false self وتغيرات تدميرية في الذات المثالية ويتضح من ذلك أن التحليل النفسي يشير إلى آثار الخبرة الصدمية على أنها إصابة بنائية structural damage في الجهاز النفسي تظل آثارها مستمرة ولا تمحى منه.

الواقع إن التحليل النفسي التقليدي classical psychoanalysis يقدم فهماً أكبر لرد الفعل النفسي لدى الفرد للضغوط الصدمية وفي ذلك يصف بعض علماء التحليل النفسي من واقع دراسة لعدة حالات من اضطراب الضغوط التالية للصدمة المتعلق بالمعارك الحربية، التفاعل بين خبرات واتجاهات الطفولة المبكرة والظروف الفعلية للأحداث الضاغطة أثناء فترة الحرب ومن هذا التفاعل بين هذه العوامل يتطور لدى كل شخص من المحاربين القدامى معان نوعية عن خبرتهم في هذه المعارك، وعلى الرغم من الاعتراف بطبيعة الأحداث الصدمية وأهميتها فإن التركيز أساساً يكون على الشخصية قبل الصدمة باعتبارها العامل الأساسي في تحديد احتمالات تطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة بعد الصدمة وتلك قضية موضع شك أو رفض الآن في علم الصدمات (Wilson, 1993).

٢. النموذج النفسي الاجتماعي - الارتقائي

Psychosocial- development model

يقدم ولسون نموذجاً مميزاً في التحليل النفسي يعرف بالنموذج النفسي الاجتماعي الارتقائي يركز إلى نظريات كل من "إيريكسون، وليفتون" يبرز هذا النموذج آثار الصدمة الشاملة على النمو والارتقاء وعلى الرغم من أن هذا النموذج يتعلق أساساً بالمحاربين القدامى في حرب فيتنام فإنه ينطبق أيضاً على الأشخاص الآخرين الذين خبروا كوارث أو صدمات يركز "ولسون" في نموذجه على المرحلة النفسية الاجتماعية الخامسة من مراحل ارتقاء الشخصية في نظرية إيريكسون وهي مرحلة هوية الأنا مقابل تشوش الأنا ego identity vs ego confusion اعتبراً للحقيقة بأن معظم الجنود الذين اشتركوا في حرب فيتنام كانوا يقعون في مرحلة المراهقة والشباب، الأمر الذي يتضح معه مدى تأثير الصدمة الشديدة في تلك المرحلة الارتقائية المهمة ينظر إيريكسون إلى كل مرحلة من مراحل الارتقاء النفسي- الاجتماعي على أنها تتطوي على أزمة أو على أنها انتقالة ويتمثل مطلب النمو في مرحلة هوية الأنا مقابل تشوش الأنا في الحاجة إلى الاضطلاع بأدوار الكبار ومسئولياتهم وتتبدى الأزمة ارتباطاً بالحاجة إلى انصهار ما يعتمل لدى الأفراد في تلك المرحلة من شك وعدم يقين وشعور بعدم الأمان مع كفاءاتهم الشخصية والاجتماعية داخل إحساس بالذات أكثر تماسكاً وثباتاً يربط الماضي التاريخي في استمرار مع الحاضر.

تأسيساً على نظرية إيريكسون يبرز ولسون أهمية مرحلة هوية الأنا مقابل تشوش الأنا في تكوين الإحساس بالكلية wholeness والهوية identity وتتيح معظم الثقافات فترة مواتية نفسية اجتماعية psychosocial moratorium تتأتى فيها للشباب الفرصة لاكتشاف الهوية وتعزيزها وهنا يكون تأثير الصدمة بالغ الخطورة لأنها تؤدي إلى إعاقة تطور ارتقاء الفرد ومن ثم إلى تطور أزمة ارتقائية تعرف بتشوش الأنا تأخذ إلى جانب ذلك معالم أخرى تشمل اضطراب النظرة إلى المستقبل واضطراب الإحساس بالأمن وبأنه لا يمكن إدارته والتحكم فيه والخوف من فقدان القدرة على التحكم في السلوك أو في جوانب منه والإحباط المرتبط بالعجز عن تحقيق

الأهداف وتجنب العلاقات الودية والقلق الشديد والإحساس بالاغتراب واضطراب الجانب الأيديولوجي والقيمي ويوضح "ولسون" أن الكثير من هذه العواقب الناجمة عن اضطراب هذه الفترة المواتية النفسية الاجتماعية كانت تلاحظ بوضوح على المحاربين القدامى بفيتنام حيث يبجون عجزاً في تحقيق حالة من التوازن وفي إكمال المطلب النمائي لهذه المرحلة الارتقائية وهو تحقيق هوية الأنا وفي أن يجدوا معنى لحياتهم.

يضيف ولسون بعداً أعمق في نموذجة النفسي الاجتماعي ليمتد إلى ما وراء المرحلة الخامسة ويتضمن ما يسميه بمراحل ما بعد الهوية post-identity stages فتأثير الصدمة على عملية النمو في هذه الفترة المواتية النفسية الاجتماعية لا يقتصر فحسب على مرحلة الشباب بل ينعكس كذلك على التتابع الكلي للنمو النفسي، يتضح ذلك في المحاربين القدامى بفيتنام كانوا يواجهون مشكلات في قدراتهم على تحقيق النمو في المرحلة السادسة وهو الألفة أو الود في مقابل العزلة، أن الإحساس القوي بالهوية وتقدير الذات يشكل أساساً للاندماج في علاقات ودية بطريقة بناءة وناجحة الأمر الذي يتكشف معه الكثير من تعرض العزلة والتباعد distantiation لدى هؤلاء المحاربين في تلك المرحلة وهكذا يمتد تأثير أزمة النمو إلى بقية المراحل العمرية وتتفاقم مشكلات تحقيق مطالب النمو في المستقر حتى المرحلة الأخيرة (الشيخوخة) وفي مرحلة التكامل مقابل اليأس، ففي هذه المرحلة تتبدى بوضوح قضايا الموت والمعنى الوجودي للحياة كما تتمثل أزمة النمو في الإحساس باليأس واللامعنى .

يصور ولسون إلى جانب النموذج النفسي الاجتماعي الذي أسسه على نظرية "إيريكسون" نموذجاً آخر يعتمد فيه على نظرية ليفتون يعرف بالنموذج النفسي التكويني فنظرية ليفتون تتركز حول الموت واستمرار الحياة، وكيف يفسر الأفراد الرموز التكوينية formative symbols الصور والأشكال image & forms ويحولونها ويصورونها في سياق علمية الخبرة التي تتضمن الحياة والموت باعتبارهما نقطتي ارتكاز شد لعملية وتحتوي النظرية النفسية التكوينية على ثلاث نماذج فرعية subpara تمثل لأساليب التكوينية في التفكير أو الترميز وهي :

١. الترابط connection أي الإحساس ب الترابطية connectedness مقابل الانفصال أي فكرة الموت.
 ٢. التكامل integrity أي التكامل بين الجسم والأنا، مقابل عدم التكامل أي تهديد الكيان الحيوي وسلامته .
 ٣. الحركة movement أي الارتقاء والتقدم والتغير مقابل الثبات stasis أي توقف النمو والتلقائية والكلية.
- يتصف كل أسلوب من هذه الأساليب بأنه يتضمن صوراً ملازمة له فالإحساس بالحيوية vitality والحياتية aliveness يتلازم مع الارتباط والتكامل والحركة وأشخاص هذا شأنهم يتميزون بالارتكازية centering باعتبارها محور أو ركيزة لانتظام الشخصية وتماسكها وهنا تؤدي الصدمة إلى الإخلال بهذا الانتظام أي إلى فقدان الارتكازية uncentering الذي يتضح في عجز الفرد عن تمثل الخبرة الجيدة داخل الأساليب التكوينية الموجودة من قبل يفسر ذلك ما يبدو عن أعراض التخدر النفسي psychic numbing لدى الأشخاص المصدومين وتتضمن هذا الأعراض في :

١. افتقار المشاعر أو الأفول الوجداني .
 ٢. الفجوة بين المعرفة والمشاعر .
 ٣. البلادة والكسل والخمول والإماتة deadening أي إضعاف الحيوية وإمانتها والغض أو الغيظ .
 ٤. اضطراب العمليات النفسية التكوينية ولهذا فإن الانغمار النفسي ينشط على أساس الجوانب السالبة أو المضطربة من هذه الأساليب التكوينية الثلاثة أي على أساس الانفصال وعدم التكامل والثبات.
- بعبارة أخرى يشير اضطراب الأساليب التكوينية الأساسية إلى تكوينات الشخصية اضطراب الأساليب التكوينية الأساسية إلى تكوينات الشخصية لدى الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة إضافة إلى اضطراب المكونات الانفعالية الدافعية التي تشمل الشعور باليأس والعجز والغيظ والغضب والذنب والاكتئاب والقلق، وانخفاض تقدير الذات، وكذلك التشوش الأيديولوجي، والقيمي.

٣. نظرية العلاقات المستهدفة object relations theory

لقد طور براندي نظرية نابعة من دراساته على اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومستمدة من بعض المنظرين الأمريكيين عن نموذج العلاقات المستهدفة تقوم نظرية المستهدفة object relations theory على وجود تشابه كبير بين اضطراب الشخصية لدى المحاربين القدامى في حرب فيتنام واضطرابات الذات مثل اضطرابات الشخصية النرجسية واضطرابات الشخصية الحدية وتشمل نواحي التشابه الأعراض التالية السلوك المحيط للذات والاستغراق في المثالية والإقلال من تقدير الذات وانفجارات الغضب التي يكون من الصعب التحكم فيها وتشوش الأنا وانقطاع الأمل والاكتئاب وللجوء إلى دفاعات بدائية مثل الإنكار والتقصص الإسقاطي والإحساس باللامعنى أما ما يميز اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى المحاربين القدامى وفقاً لنظرية برندي فهو حدث تمزق splitting في الشخصية في استجابة للصدمة الشديدة نتيجة للتأثير الانشطاري fragmenting للضغوط التي يخبرونها على هويتهم ويحدد برندي بناء على ذلك مظاهر الاضطرابات التالية :

فقدان الهوية الذاتية loss of self identity فيتمثل فقدان الإحساس بالذات التالي للصدمة ويتصف بالانفصال الانفعالي .

حدوث تمزق في منظومة الذات loss of self identity فنتيجة للصدمة تحدث تمزقات في منظومة الذات تتمثل في الإخفاق في عملية الانفصال التفرد separation in devaluation فخبرة الحرب والرحيل عن الوطن أو التهجير تمثل كلها عوامل تعصف بعملية الانفصال - التفرد بالنسبة لجند المحاربين في فيتنام كان الوطن الأم mother country غير مدعم لهم كما كان القادة العسكريون والسياسيون لا يمثلون نماذج لدور يتوحدون فيه معهم لذا تصبح الذات منحازة ومستقطبة داخل جانبيين: الجانب الجيد القائم على المثالية idealized والجانب الرديء القائم على الإقلال من تقدير الذات devalued وتصير القيم مشوهة والتعبير الانفعالي مشوباً بانخفاض تقدير الذات ويصير العدوان مستمثلاً idealized aggression أي يجري تقديره بشكل مثالي.

التوحد المرضي مع القاتل : الذات القاتلة pathological killer
identification the killer self
غالباً ما تؤدي خبرات الصدمة إلى تطور عملية مرضية وعي التوحد المتمثل
المرضي مع المعتدي وما ينتج عن ذلك من تطور لهوية القاتل وينشأ عن هذه
العملية ما يعرف بالذات القاتلة .

التوحد المرضي مع الضحية الذات الضحية : pathological victim
identification the victim self
لقد لاحظ برندي أنم ضحايا الأحداث الصدمية غالباً ما يصيرون مدمرين لأنفسهم
بشكل صريح أو من خلال أعراض جسمية ناشئة عن الضغوط ويبدو الجانب
العاجز helpless من الذات الرديئة bad self في أعراض مستديمة من القلق
الغامض والذكريات غير السارة والأحلام المفزعة (الكوابيس) والصداع ونوبات
الدوار، والآلام الجسمية. وهكذا تنشأ الذات الضحية وتصبح جزءاً من منظومة
الذات.

القدرة الكلية المرضية : pathological omnipotence يذهب برندي إلى أن
القدرة الكلية المرضية تنشأ باعتبارها دفاعات ضد الوعي بالذات - الضحية لذا
تتطور لدى الفرد قدرة كلية عدوانية دفاعية كذلك يعمل العدوان وسلوك المخاطرة
على استمرار كبت هذا الجانب من الشخصية .

الذات الواقية : the protective self
لاحظ برندي أن الذات الواقية تنشأ من أجل البقاء حيث تتضمن استدماج الأعضاء
الآخرين ممن يشاركون الفرد في الخبرة الصدمية إلى حد أن فقدان الزملاء قد يشعر
به الفرد كما لو أنه فقدان لجانب من الذات وغالباً ما ينتج عن ذلك ردود أفعال
للغضب أشبه بردود الفعل الذهانية كذلك يرتبط السلوك الواقعي بشكل عدواني بالحاجة
إلى الاحتفاظ بالمشاعر المتمزقة المتعلقة بالعجز والذنب والحزن والخوف وذلك
أساساً من خلال عملية الإنكار أو الرفض.

هكذا تركز نظرية العلاقات المستهدفة على ما يمكن أن يحدث نتيجة للصدمة من
تمزقات أو انشطارات في الشخصية وقد تتفق هذه النظرية مع نماذج أخرى تعرف

بالنماذج التفكيرية للمعرفة dissociation model of cognition مثل نموذج هيلجارد ١٩٧٤م وهي كلها تؤكد أهمية الخاصية التفكيرية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة .

الجدير بالذكر أن هذا التوجه انعكس على مناقشات لجان الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III-R في عام ١٩٨٧ لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ووضع تشخيصاً في فئة الاضطرابات التفكيرية أو الانشاقية Dissociative disorders (Manson,1995)

خامساً: النماذج والنظريات الحيوية العصبية والفيزيولوجية

لقد شاع كثير من التفسيرات والنماذج الحيوية (البيولوجية) والفيزيولوجية لأعراض الخبرات الصدمية منذ أواخر القرن التاسع عشر، يصف جانبه الانهيار في عملية التكيف وفي معالجة المعلومات والسلوك الناتج عن الصدمة الغامرة وكذلك ردود الأفعال الزائدة الانفعالية والجسمية التلقائية التي تحدث في حالة التعرض مرة أخرى لمثل تلك الخبرات ويفترض فرويد (١٩٥٥) أن هناك أساساً حيوياً للأعراض التالية للصدمة يأخذ شكل التثبيت الجسدي على الصدمة ويشير بافلوف (١٩٦٠) إلى حدوث تغيرات مزمنة في مستوى نشاط الجهاز العصبي التلقائي استجابة للتعرض المتكرر للصدمة، أما كاردنر (١٩٥٩) فيقدم وصفاً شاملاً لظاهرة العصاب الصدمي للحرب ويحدد له خمسة معالم رئيسية:

١. استمرار الاستجابات الترويعية .
٢. التثبيت على الصدمة.
٣. الأحلام الغريبة عن الحياة.
٤. انفجارات الغضب الشديد.
٥. التدهور الكلي للشخصية ويطلق على هذه الحالة مصطلح العصاب الفيزيولوجي psychoneurosis الذي يتضمن تفاعلاً بين العمليات النفسية والحيوية.

تقدم النماذج المعاصرة تفسيرات حيوية عصبية أو فيزيولوجية للأعراض الرئيسية الواسمة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة نعرض لها فيما يلي :

١. الاستثارة العصبية الزائدة

تؤدي الاستجابة الحيوية العصبية للصدمة وللضغوط الحادة إلى تنشيط إفراز هرمونات الضغوط stress hormones المختلفة التي تسمح لكل الكيان الحيوي بأن يستجيب للضغوط بطريقة تكيفية وتتضمن هذه العملية الحيوية إفرازات الكورتيزول cortisol والكاتيكولامين catecholamine وقد تبين من التجارب التي أجريت على الحيوانات التي تعرض لصدمات أن هناك تزايداً في دورة النوريبيبينفرين nor epinephrine يعقبها استنفاد لهذه المواد الحيوية في الجسم. وقد سجلت لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة استجابات فيزيولوجية مرتفعة للمنبهات الضاغطة مثل ارتفاع ضغط الدم، وازدياد معدل ضربات القلب والتنفس والاستجابات الحسية والنشاط العضلي كما سجلت فحوص البول وجود معدلات عالية لديهم من الكاتيكولامين والنوريبيبينفرين والإبينفرين.

في ذلك يقدم ليبير ما يعرف بـ نموذج التوهج kindling model لفهم اضطرابات الضغوط التالية للصدمة وبخاصة التفكير الإقحامي والاسترجاعات الإقحامية والكوابيس وهي خبرات معاودة لذكرات مخزونة تفكرها الحساسية الزائدة للجهاز الطرفي في المخ limbic system مع خفض العتبة الفارقة لاستثارة النيرونات العصبية لهذه المنطقة من الدماغ وهذا ما يتضح أيضاً من جدوى علاج تلك الحالات بعقار الكاربامازيبين carbamazepine.

يفترض كولب نموذجاً لتفسير أعراض التفكير الإقحامي والنشاط الزائد لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة بأنها أعراض ثانوية ناتجة عن عدم ملائمة آليات الكف بلحاء المخ cortical inhibition لأبنية جذع المخ السفلي lower brain stem مثل منطقة المهاد التحتاني hypothalamus وذلك ما يظهر أيضاً في اضطراب التمييز الإدراكي والتعلم التكيفي (Hollander, 1994).

٢. نموذج الأساس الحيوي

يقدم فان در كولك نموذجاً لتفسير اضطراب الضغوط التالية للصدمة باعتباره اضطراباً ذا أساس حيوي، طوره من نتائج مستمدة من بحوث تجريبية أجريت على الحيوانات التي كان يجري تعريضها لصدمات متكررة لا يمكن تجنبها حيث تطورت لديها زملة من أعراض العجز المتعلم الذي يشبه أعراض الأفلو الوجداني أو الخدر الوجداني، والانسحاب ونقص الدافعية لدى الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط

التالية للصدمة وقد لوحظ على الحيوانات في هذه التجارب وعلى الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة تطور حالة من التخدر analgesia جرى تفسيرها على أنها تنشأ بسبب إطلاق مادة أفيونية يتم إفرازها من داخل الجسم endogenous opiates الذي يكون في حالة من الاستعداد لإفرازها عند التعرض لأي منبه يذكر الفرد بالصدمة الأصلية وذلك ما يؤدي إلى ما يعرف في تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة بالخدر النفسي psychic numbing واستناداً إلى هذا الأساس الحيوي فقد طرح مفهوم إدمان الصدمة trauma addiction بسبب استثارة منظومة نشاط مادة الأفيون opiate system في المخ عند التعرض مرة أخرى للمنبهات الصدمية يعقبه إحساس ذاتي بالهدوء والضبط لذا تنشأ حالة أشبه بحالة الانسحاب عن الأفيونيات opiate withdrawal تسهم بدورها في زيادة استثارة أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، الأمر يؤول بالفرد إلى دائرة مفزعة من إعادة التعرض مرة أخرى للمنبهات الصدمية حتى يصل إلى حالة من الخفض الوقتي لتلك الأعراض لذا يفيد عقار الكلونداين clonidine الذي يستخدم في علاج أعراض الانسحاب عن الأفيونيات لدى مدمني الأفيون في علاج أعراض الخدر النفسي لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

٣. سيطرة نشاط الجهاز العصبي نظير التعاطفي

يعتبر نموذج دي لابينيا اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أنه استجابة تعويضية ينظمها المخ إزاء تزايد المعلومات . (PTSD) as brain-modulated compensatory information-augmenting response ويستند هذا النموذج إلى عدة فرضيات تقرر :

١. أن الجهاز العصبي جهاز لمعالجة المعلومات.
٢. وأن مستوى الاستثارة يرتبط بمعدل معالجة المعلومات في المنظومات الفرعية للجهاز العصبي .
٣. وإن المعدل الكلي لمعالجة المعلومات يميز الجهاز العصبي المركزي .
٤. وأن هذا المعدل يرتبط ارتباطاً شديداً بالمجموع الكلي لمعدل معالجة المعلومات داخل المنظومات الفرعية المنتظمة في شكل هرمي.

يحدد دي لابيننا نموذجَه على أساس أن سيطرة الجهاز العصبي نظير التعاطفي (الباراسيمبتاوي) parasympathetic يشكل استعداداً لتطور أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى بعض الأفراد ممن يوسمون بالجهاز العصبي نظير التعاطفي المسيطر (PDI) parasympathetic dominant individuals أكثر من أكثر من الأفراد ذوي نمط الجهاز العصبي التعاطفي المسيطر (SDI) Sympathetic dominant individuals .

الأفراد ذوو نمط الجهاز العصبي نظير التعاطفي - المسيطر يخبرون في الظروف العادية معدلاً منخفضاً من تدفق المعلومات في الجهاز العصبي المركزي ويكونون لذلك أكثر استهدافاً لتطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة عقب تعرضهم لخبرات في بيئة مزدحمة وغامر بالمعلومات أثناء الحرب، لذا فإنه في الظروف الصدمية الضاغطة ينشط الدماغ للعمل على زيادة تدفق المعلومات لرفع مستوى التوظيف الإدراكي والمعرفي والسلوكي حتى يتمكن الفرد من التعامل مع الحمل المتزايد من المعلومات الحسية أثناء تلك الظروف لذا يستثار النشاط العصبي نظير التعاطفي بشكل متزايد ومتواصل كي يعوض النقص في استقبال المعلومات ومعالجتها ومن ناحية أخرى فإن هؤلاء الأفراد في حالة العودة إلى الظروف العادية يخبرون حالة من الاستثارة المنخفضة under stimulation ومن الحرمان الحسي sensory deprivation يصحبها شعور بالملل والاكتئاب لذا تتطور لديهم استجابات لزيادة المعلومات information augmenting وللبحث عن الاستثارة الحسية sensation seeking باعتبارها استجابات تعويضية للمخ الخامل والمنخفض الاستثارة وعلى هذا الأساس يفسر "دي لابيننا" الكثير من الأعراض الواسمة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة مثل الأحلام المزعجة (الكوابيس) والأرق وفرط اليقظة والسلوك الاندفاعي والانفجاريات العدوانية، ويتضح ذلك أيضاً في اضطرابات النوم كما تظهر في الكثافة المرتفعة لفترة النوم المعروف بحركة العين السريعة REM density وفي قصر فترة كمون حركة العين السريعة REM latency ذلك أن نفيض المعلومات أثناء فترة حركة العين السريعة يعد جزءاً من محاولة المخ زيادة تدفق المعلومات الأمر الذي يفسر اضطرابات النوم لدى حالات اضطراب الضغوط

التالية للصدمة كما تتكشف من دلائل فحوص مختبرات فيزيولوجيا النوم لدى تلك الحالات.

٤. اضطرابات نشاط السيروتونين في الجهاز العصبي

تكشف نتائج بعض البحوث عن أن اضطراب نشاط السيروتونين في الجهاز العصبي قد يكمن وراء أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فالمعروف أن منظومة الحاجز الحصيني بالدماغ septohippocampal brain system تحتوي على مسارات لانتقال مادة السيروتونين serotonergic pathways التي تعمل على كف السلوك والتحكم فيه ولهذا فقد خضع تأثير نقص السيروتونين على العدوان الاندفاعي لدراسات مستفيضة ومنها الدراسات التي جرى تعريضها لصدمات متكررة وحيث تبين أن هذا الخبرات الصدمية قد تؤول إلى استفادة مادة السيروتونين serotonergic depletion في الجهاز العصبي وفي ذلك أيضاً قد يعزى السلوك الاندفاعي وانفجار الغضب والعنف ولتهيج لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة إلى اختلال وظائف نشاط السيروتونين serotonergic dysfunction ويتبين من نتائج بعض البحوث أن استخدام السيروتونين من خلال عقار الفلوكسيتين fluoxetine كان علاجاً طيباً فعالاً لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة .

بالرغم من أهمية المنحى الحيوي العصبي في بحوث اضطراب الضغوط التالية للصدمة فإنه لا يزال مجالاً مفتوحاً لمزيد من الدراسات والبحوث (Petrson,1993).

التدخلات العلاجية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

تمهيد :

تفيد نتائج الدراسات والبحوث أن اضطرابات الضغوط التالية للصدمة يعد بصفة عامة ظاهرة معقدة ومحيرة وتتطوي على تحديات كثيرة، ولكنها في الوقت نفسه ظاهرة طيبة اكلينيكياً يسهل علاجها بدرجة كبيرة من الفاعلية، ومع ذلك ثمة أساسيات مشتركة تكمن وراء علاج أية حالة من حالات اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، تتحدد فيما يلي:

١. العمل على زيادة الإحساس بقدرتهم على التحكم في حياتهم، بدءاً من أجسادهم وعقولهم وانفعالاتهم، ويمكن أن يتحقق هذا الهدف عن طريق

- تبصيرهم بأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة والأسباب أو العوامل التفسيرية لهذه الأعراض، وعن طريق مساعدتهم على تعلم مهارات مواجهة الضغوط. كذلك تحتاج بعض الحالات إلى أن تعنى بمشكلاتها الطبية وأن تتعلم مبادئ رعاية الذات، مثل عادات النوم والعادات الغذائية السليمة.
٢. العمل على زيادة إحساسهم بالأمان في منزلهم وعملهم وبيئتهم عن طريق مساعدتهم على التبصير بمجالات الخطر واحتمالاته، وتمكينهم من اتخاذ خطوات فعالة نحو حماية الذات.
٣. مساعدتهم على تعرف الصدمة وتحديدها، وتعرف الخبرات الصدمية الثانوية والأعراض البارزة التي تجب عن الصدمة، وكذلك مساعدتهم على إعادة بناء وتقييم هذه الخبرات بطرق تقلل من النزعة إلى لوم الذات.
٤. مساعدتهم على إدراك كيف أن حياتهم الحالية ومساعدتهم وجهودهم فيها تأثرت بالصدمة وعواقبها.
٥. تقديم السند والمؤازرة لهم من خلال المواجهة الضرورية لخبرة الحزن واجتياز عملي الحزن.
٦. تقديم السند والمؤازرة لهم في محاولاتهم وجهودهم من أجل تكوين أهداف ذات معنى وروابط مع الأشخاص الآخرين (Ochberg, 1993).
- وفي ضوء ذلك، يحدد أيضاً بعض الباحثين عدة مبادئ أساسية للعلاج التالي للصدمة posttraumatic therapy، فيما يلي:

المبدأ الأول: التطبيع أو السوائية Normalization principle

أي تطبيع الحالة والتعامل معها على أنها حالة طبيعية وسوية. وهنا يتأكد ما يقرره "فيكتور فرانكل" من أن "رد الفعل غير الطبيعي إزاء موقف غير طبيعي، هو رد فعل طبيعي" فثمة نمط عام من التوافق التالي للصدمة، تشكل فيه الأفكار والمشاعر استجابات عادية، على الرغم من أنها قد تكون مؤلمة ومربكة وباعثه على الاضطراب أو اختلال التوازن، كما أنها قد تكون غير مفهومة جيداً للأفراد والاختصاصيين المهنيين الذين ليسوا على دراية وألفة بمثل هذه الاستجابات المتوقعة، ويتطلب هذا المبدأ أسلوب من التعامل مع ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة يقوم على

تغيير صورة الفرد عن ذاته التي تأثرت بفعل الصدمة، وعلى فهمه للأغراض وما وراءها من أسباب، ومسار إعادة التوازن ومداه الزمني، وغير ذلك من آليات إعادة التقييم المعرفي للخبرة الصدمية، وما ينطوي عليه من احتواء الفرد ليكون مشاركاً فعالاً في عملية الاستشفاء واستعادة التوازن.

المبدأ الثاني: المشاركة والتقوية collaborative & empowering principle

أن عملية الاستشفاء الانفعالي غالباً ما تتضمن استجابات مؤلمة أو كدرة تشمل استعادة الخبرة الصدمية، والإحجام، والحساسية، ولوم الذات. وتلك أعراض يسهل وصفها، وتفسيرها، ودمجها في سياق عملية التكيف واستعادة التوازن. ويتطلب ذلك أن تتأسس العلاقة العلاجية على المشاركة الفعالة، وأن تؤول إلى تقوية ذلك الفرد المصدوم الذي تضاعل عنده الإحساس بالكرامة والأمن. ويبدو هذا المبدأ مهماً خاصة في العمل مع ضحايا جرائم العنف والتعذيب، ذلك أن التعرض للقسوة الإنسانية، والشعور بانتهاك إنسانية الفرد، والإحساس بالعجز، من شأنه أن يخلق إحساساً متدنياً بالذات. وهذا التدني يعتبر أمراً طبيعياً أو عادياً قياساً إلى حجم ما تعرضوا له من خبرات قاسية كضحايا للعنف أو التعذيب. ويلاحظ أن الأشخاص الناجين من الكوارث الطبيعية يخبرون أيضاً إحساساً بالعجز، على الرغم من أنهم لم يتعرضوا للقسوة أو العنف أو الإذلال، لذا يفيدون كثيراً من الفريق لعلاجي الذي يخبرونه في إطار من روح المشاركة والتأييد.

المبدأ الثالث: مبدأ الفردية individuality

لكل فرد أسلوبه الخاص ومساره الفريد في عملية الاستشفاء أو الاستعادة بعد الضغوط الصدمية التي خبرها. وعلى الرغم مما تقرره النظريات والبحوث النفسية الفيزيولوجية من وجود ردود فعل فيزيولوجية ونفسية مشتركة بين الحالات التي تخبر ضغوطاً زائدة، فإنها تؤكد كذلك ما تتصف به الاستجابة الإنسانية للضغوط من تعقيد، وأن نمط هذه الاستجابة يعد لذلك نمطاً فريداً مثل بصمة الأصبع، وبناء على ذلك يفترض هذا المبدأ أن الأسلوب الفريد للتوافق التي للصدمة أو المسار الفريد المميز له يكون نمطاً متوقعاً من الفرد، كما يكون موضع اعتبار وتقدير، لا أن يكون موضوعاً للخوف أو الاستخفاف. لذا فإن المعالج والفرد (الحالة) سوف

يمضيان معاً عبر هذا المسار، ويكونان على وعي بوجهته العامة، وبمزالقه أو أخطاره، ولكنهما يكونان أيضاً على استعداد لاكتشاف حقائق جديدة، عند كل منعطف في هذا المسار.

تلك مبادئ ثلاثة أساسية تتبدى بطرق مختلفة ف استراتيجيات العلاج التالي للصدمة، وتتكامل مع توجهات أو قضايا أخرى مهمة، منها على سبيل المثال، أن التوجه العلاجي القائم على مهارات المواجهة coping skills أكثر من التركيز على إمكانيات الشخصية وحدودها، يسمح للعلاج بأن يتقدم دونما تركيز غير ضروري على الخصائص السالبة لشخصية وما في ذلك من تضمينات غير مجدية علاجياً يبدو منها كما لو كان الشخص يستحق لذلك أن يكون ضحية لما تعرض له، فالعلاج التالي للصدمة يبدأ من الفرضية التي تقرر بأن فرداً عادياً يواجه حدثاً غير عادي، وأنه - لمعالجة العواقب المؤلمة الناتجة عن هذا الحدث - ينبغي حشد آليات المواجهة لدى الفرد. وهنا يلاحظ أن هذا التوجه العلاجي يختلف اختلافاً جذرياً عن الفرض الذي يذهب إلى أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة نتاج تصدع في الشخصية ودفاعات عصابية ينبغي تعرفها وعلاجها وفقاً للأساليب التقليدية في العلاج.

من القضايا البارزة الأخرى، الأخذ بمنحنى العلمية البينية interdisciplinary الذي يقر بإسهامات علم النفس وعلم الحياة (البيولوجيا) والديناميات الاجتماعية، وهو منحى يستثير كلا من الاختصاصي الكلينيكي والفرد كي يتبصرا ما وراء أي تفسير أحادي للضغوط التالية للصدمة، وكي يبحثا عن علاجات في ميادين مختلفة كثيرة-نفسية واجتماعية وطبية وتعليمية وقانونية، ويقفا على المصادر الممكنة في المجتمع التي تيسر من العلاج، بقدر ما يعتبر العلاج التالي للصدمة توجهاً يعتمد على العملية البينية في نواح كثيرة منه (الرشيدي وآخرون).

اعتباراً لكل ما يتوفر من استراتيجيات علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومن تعدد الأساليب والفنيات الإرشادية ولعلاجية، يبقى الأساس الذي تركز عليه كل أساليب التدخل المختلفة، وهو إلى أي حد تتوفر في الفرد القابلية أو الاستعداد للتغير

والتحسن، أو بعبارة أكثر دقة، إلى أي حد تكمن في الإنسان القابلية لاستعادة توازنه؟ وذلك ما نجيب عنه فيما يلي :

فرض القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية Resilience hypothesis

يعزى فرض القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية إلى فريدريك فلاش الذي طوره من ملاحظات على الاكتئاب إلى مفهوم تفسير أو بناء نظري يمكن تطبيقه على الاستجابة الإنسانية للضغوط. ويقترب هذا التفسير مما قدمه كلود برناد (١٨٦٥) من تصور للبدن على أنه وسط داخلي internal milieu تجري فيه أحداث كثيرة، و والتر كانون (١٩٣٩) عن مفهوم التوازن homeostasis و هانز سيللي (١٩٧٦) عن زملة التكيف العام (GAS) General Adaptation Syndrome و طاقة التكيف Adaptation energy و كارل مينجر (١٩٦٣) عن التوازن الحيوي Vital Balance.

أما فلاش المذكور في اوكبورج (١٩٩٣) فيركز على القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية باعتبارها مقدرة الفرد على المزج الفعال للعناصر النفسية والحيوية والبيئية بما يسمح له ولأسرته، بل وفي الواقع، لكل المنظمات التي أوجدها الإنسان بأن يتجاوز أحداثا من الاضطراب والفوضى ترتبط بالضرورة بفترات حاسمة من الضغوط ومن التغير بنجاح وتتكون القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية من قوى أو مكونات مختلفة نفسية وحيوية وبيئية.

تشمل القابلية النفسية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية Psychological Resilience المكونات التالية :

١. البصيرة بالذات والآخرين.
٢. إحساس مرن لتقدير الذات .
٣. القدرة على التعلم من الخبرة.
٤. القدرة على تحمل الضغوط والشدة.
٥. الشجاعة .
٦. تفتح الذهن.
٧. النظام الشخصي.

٨. التكامل.

٩. الإحساس بالمرح.

١٠. الإبداع.

١١. فلسفة بناءة عن الحياة تعطي للحياة معنى.

١٢. النزعة إلى أن نحطم أحلاماً تكون مبعث إلهام فينا وأمل لنا.

تبدو هذه القابلية النفسية واضحة لدى حالات كثيرة من الأشخاص الذين تعرضوا لخبرات صدمية عنيفة مثل التعذيب والأسر والاعتقال، ومع ذلك فقد استطاعوا التكيف مع تلك الظروف القاسية وتجاوز هذه الخبرات الصدمية واستعادة فاعلياتهم. ويمكن أن نجد أمثلة واضحة لهذه المقدرة الإنسانية فيما أورده فيكتور فرانكل عن خبراته في معسكرات الاعتقال النازي والتي يضمنها في كتابه "الإنسان والبحث عن المعنى".

تتمثل القابلية الحيوية الضغوط واستعادة الفاعلية Biologic Resilience في الآليات الفيزيولوجية والعصبية لاستعادة التوازن داخل الجسم، وهو ما يبدو واضحاً في تأثير المواد الطبية الفارماكولوجية في علاج أمراض مثل الاكتئاب، حيث يمكن اعتبار مواد مثل مضادات الاكتئاب على أنها عناصر تساعد البدن على استعادة توازنه من خلال تنشيط تلك القابلية الحيوية (الأحمدي، ٢٠٠٥).

أما البيئة المواتية لإزكاء القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية resilience enhancing environment، فتشمل التكافل الاجتماعي ومصادر الدعم من الآخرين المعنيين وشبكة المساندة الاجتماعية والروح المعنوية في الجماعة، ويمكن هكذا اعتبار القابلية لتجاوز الضغوط واستعادة الفاعلية على أنها تمثل ركيزة الإنسان في التعامل مع ضغوط الحياة، وركناً أساسياً من المصادر الشخصية التي يتمتع بها الفرد والتي يمكن بالتالي استثمارها وتوظيفها في العملية العلاجية، ومن ناحية أخرى لا تعني تلك القابلية أن الفرد الذي يعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة سوف يبرأ مع مرور الوقت أن مشكلاته سوف تحل بالتقادم، فالافتراض بأن الزمن علاج أو بأنه مع الوقت يتم الشفاء (Time will heal) افتراض مضلل ويحول دون تقديم

المساعدة المناسبة والتدخل المناسبة في الوقت المناسب، بل قد يؤدي غالباً إلى تفاقم المشكلات وتزايد المضاعفات (Ochberg, 1993).

من هنا، كان التدخل العلاجي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ضرورة اجتماعية وإنسانية، توجهها علمياً وفنياً ومهنياً لتوفير أنسب الاستراتيجيات وأكثرها فاعلية في معالجة هذا الاضطراب واستعادة الفاعلية لدى الأفراد ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ولعلنا لا نجانب الصواب إذا قررنا أن نظريات ومدارس العلاج التالي للصدمة تعكس بشكل وظيفي ذلك التعدد والتشابك خاصة في ميدان العلاج النفسي. وتناول في هذا القسم استراتيجيات العلاج النفسي الدينامي، والعلاج السلوكي، والعلاج المعرفي - السلوكي، والعلاج الطبي، والعلاج الاجتماعي، كما سنعرض بإيجاز لأبرز فنيات التدخل العلاجي ذات الفاعلية في علاج الأزمات والعلاج التالي للصدمة.

أولاً : الاستراتيجيات السلوكية Behaviour Therapy

يستخدم العلاج السلوكي لاضطراب الضغوط للصدمة، في معظم الحالات، باعتباره، علاجاً اختيارياً، ولا يستخدم في كثير من الأحيان كعلاج مستقل تماماً عن غيره من الاستراتيجيات العلاجية الأخرى، لاسيما أنه استخدام في الأساس في علاج الذكريات الصدمية، وهنا يفترض المنحى السلوكي أن استجابة الفرد لذكريات الأحداث الصدمية تكمن وراء المظاهر الأولية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وأن المعالم الثانوية لهذا الاضطراب تنتج أيضاً، بشكل مباشر وغير مباشر، عن ردود فعل الفرد إزاء ذكرياته، ولهذا تمثل ذاكرة الفرد عن الصدمة الأصلية بؤرة الاهتمام في المنحى السلوكي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ووفقاً لهذا المنحى تبرز بشكل خاص ثلاث استراتيجيات رئيسية في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهي :

١. العلاج بالتفجر الداخلي أو العلاج بالغمرة .

٢. خفض الحساسية المنظم.

٣. التمرينات (البروفة) السلوكية.

قد سبق للباحثة الإشارة له بالتفصيل في المبحث الأول من هذا الفصل.

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy

يهتم العلاج المعرفي السلوكي بتدريب الفرد على تعرف وتحديد تلك الأفكار الانهزامية أو المخيبة للذات self-defeating thoughts والتي تتواتر بشكل آلي أو إقحامي، و استبدالها بأفكار وأنماط سلوكية أخرى أكثر موضوعية، وإنما للذات، وحلاً للمشكلات، ومن ثم يتحدد الهدف من العلاج بمساعدة الفرد على أن يصير واعياً بتأثير تلك الأفكار والمشاعر السالبة على سلوكه، وعلى أن يتعلم أن يبني أنماطاً تكيفية لأفكاره ومشاعره وسلوكياته باعتبارها أبنية بديلة أو معارضة لتلك الأنماط السالبة اللاتكيفية، وقد سبق للباحثة شرح هذا النوع من العلاج في المبحث الأول من هذا الفصل (غانم، ٢٠٠٦).

ثالثاً: الاستراتيجيات السيكودينامية Psychodynamic Therapy

على الرغم من أن بعض العلماء والباحثين في ميدان علم الصدمات يبدون اتجاهًا معارضاً لجدوى استخدام العلاجات ذات التوجه النفسي الدينامي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فإن إسهامات التحليل النفسي تاريخياً في علاج العصاب الصدمي تبدو واضحة ولا يمكن إغفالها. ويتبدى المنحى الدينامي في جانبيين: أحدهما يركز أساساً على المفاهيم والمبادئ الكلينيكية المنظمة للعمل الكلينيكي وفقاً لنظرية التحليل النفسي، والآخر تطوير لهذه النظرية وتطبيقها ارتباطاً بنماذج نظرية أخرى كي تتلاءم مع نوعية هذه الفئة من الاضطرابات (Figley, 1995).

لقد قدم عدد من علماء التحليل النفسي عدة مفاهيم كإنيكية تفيد في تنظيم العمل مع الحالات التي خبرت أحداثاً صدمية، ومنها المفاهيم التي قدمها فرويد عن الصدمة النفسية psychic trauma، وحاجز المنبه stimulus barrier، وإجبار التكرار repetition compulsion وكذلك ما قدمه (ليفتون) عن انطباع الموت death imprint والشعور بالذنب لدى الأشخاص الناجين من أحداث صدمية survivor guilt و (هليجار ونيومان) عن ردود فعل الذكرى السنوية للأحداث الصدمية Anniversaries reactions و (هورويتز) عن دورة الإقحام – الإنكار intrusion denial cycle – والضغوط الزائد المتجمد frozen over control وما صاغه (لندي) عن غشاء الصدم trauma membrane وعلى الرغم من القيمة النظرية

التفسيرية لهذه المفاهيم، فإن قلة منها كانت موضع تطبيق للاستخدام الكلينيكي في علاج حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ويتمثل ذلك فيما قدمه كل من (هورويتز) و (لندي) من نماذج للعلاج النفسي القائم على المنحى النفسي الدينامي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وذلك تعرضه فيما يلي :

١. نموذج هورويتز

يقدم هورويتز نموذجاً في تفسير زمالات الاستجابة للضغوط، يعتمد في الأساس على تطور الخبرة الصدمية في مراحل متتابعة في مراحل سابقة وتكامله (سبق للباحثة عرضه في نظريات اضطراب الضغوط التالية للصدمة بهذا المبحث) وفي إطار هذا النموذج يتبنى (هورويتز) منحى دينامياً في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، يصفه بأشكال مختلفة، منها : العلاج ذو التوجه المرحلي، العلاج النفسي الدينامي المركز focal psychodynamic treatment أو العلاج الدينامي المختصر، Brief dynamic therapy أو العلاج النفسي الدينامي الموجه لعلاج الأزمة crisis-oriented psychodynamic therapy ولكن ما يميز منحى (هورويتز) في العلاج المناحي التقليدية في التحليل النفسي هو الاتجاه النفعي أو العملي (اليراجماتي) والائتلاف مع نظرية معالجة المعلومات ومع مناحي المعرفية للانفعالات. ومن ناحية أخرى يتميز نموذج هورويتز خلافاً لمعظم المناحي الأخرى في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة بأنه لا يركز تحديداً على المحاربين القدامى وبخاصة في حرب فيتنام، وإنما يركز أساساً على ضحايا جرائم العنف، مثل التعذيب والاعتداء والاعتداء، وضحايا حوادث السيارات، وضحايا فقدان الصدمي، والأسرى، لذا يتميز هذا النموذج بالقابلية للتطبيق على مدى واسع من أنماط الأحداث الصدمية.

يركز هورويتز تأسيساً على نظريات التحليل النفسي للصدمة، على جانبين هما: الحمل الزائد من المعلومات والمعالجة غير المكتملة للمعلومات، ويعتبر أن الخبرة الصدمية تكون من القوة إلى درجة أنها تعالج على الفور. لذا يجري استبعادها من الوعي وتظل مخزونة في "شكل نشط للذاكرة" حيث تعمل آلية الإنكار - الخدر denial-numbing على حماية الأنا من لمعلومات الصدمة، وغالباً ما تتواتر إقحامات ذهنية غامرة (مثل، الأفكار، الصور، ونوبات الانفعالات، والسلوك القسري،

وإحياء الخبرة الصدمية) تستثيرها أحداث خارجية، وتستمر هذه الحالة من تذبذب الإنكار - الخدر والإقحامات الذهنية حتى تتم معالجة المعلومات كلية، وهنا يركز (هوروتيز) في علاج حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة على إكمال معالجة المعلومات، وليس على التنفيس abreaction والتفريغ catharsis ويعتبر أن الإقحامات الذهنية intrusions تيسر من عملية معالجة المعلومات، وأن العمليات الدفاعية تساعد على الاستيعاب التدريجي للخبرة الصدمية وفي هذا الإطار تتحدد ثلاثة أساليب عامة stratagems للعلاج وفقاً لدرجة شيع أو سيطرة آليات الإنكار والخدر denial-numbing (التحكم الزائد over control) والإقحام - التكرار intrusion-repetition (التحكم المنخفض undercontrol) فيما يتعلق بالعمليات المتحكممة، ومعالجة المعلومات، والمعالجة الانفعالية وتستخدم هذه الأساليب كما يلي :

تغيير العمليات المتحكممة Changing controlling processes : تتضمن الإستراتيجية العلاجية في طور الإنكار - الخدر أساليب وإجراءات التدخل التالية:

١. خفض عوامل الضبط (مثلاً، عن طريق تفسير الدفاعات، والتنويم المغناطيسي، والإيحاء، والضغط الاجتماعي، والمسرحيات النفسية).

٢. تغيير الاتجاهات التي تجعل التحكم ضرورياً.

٣. كشف النقاب عن التفسيرات.

أما فيما يتعلق بطور الإقحام - التكرار، فيتضمن الأساليب والإجراءات التالية:

١. تزويد الفرد بضوابط خارجية (مثلاً عن طريق توفير بنية أو نظام للتفكير والسلوك).

٢. فرضية وظائف الأنا كما يفسرها المعالج (أي تنظيم المعلومات).

٣. خفض المطالب والمنبهات الخارجية.

٤. الراحة والاسترخاء.

٥. تزويد الفرد بنماذج يتوحد معها (مثلاً من خلال عضوية الجماعة).

٦. تعديل السلوك.

يلاحظ في كل ذلك أن الهدف من استراتيجيات التدخل هذه ليس زيادة الضبط أو خفضه ولكن تيسير معالجة المعلومات (Horowitz, 1993).

أهداف العلاج ومراحله وأوليياته :

تقوم إستراتيجية التدخل وفقاً لنموذج (هورويتز) على أن الانتقال من الأسلوب المستخدم إلى أسلوب آخر يكون مطلوباً كلما تقدم الفرد (الحالة) عبر الأطوار المختلفة للعلاج وبالتالي تعكس الانتقالات في أوليات العلاج وأهدافه تغيرات في الأساليب والإجراءات المستخدمة .

الأولوية رقم (١) PriorityI : تتضمن أهداف العلاج في الحالة التي يخبر بها الفرد حدثاً ضاعطاً خارجياً، ما يلي :

١. حماية الفرد .
٢. إبعاد الفرد عن التعرض للحديث .
٣. إنهاء الحدث الخارجي، ويلاحظ أنه في معظم الحالات ينتهي الحدث الضاغط قبل العلاج .

الأولوية رقم (٢) PriorityII : وفي الحالة التي يخبر بها الفرد تذبذباً بين الإنكار، الخدر، والإقحام، التكرار عند مستويات لا يمكنه تحملها :

١. يراعي العمل على خفض شدة وطأة هذا التذبذب إلى مستويات محتملة.

٢. تقديم المساندة (الانفعالية، والفكرية).

٣. اختبار الأساليب المناسبة مما سبق ذكره.

الأولوية رقم (٣) PriorityIII : حينما يكون الفرد (متجمداً) إما في طور الإنكار - الخدر أو في طور الإقحام - التكرار، فإن المعالج مطالب بتقديم الجرعة المناسبة من الخبرة عن طريق مساعدة الفرد على تجزئة الخبرة بشكل مناسب إلى وحدات صغيرة من المعلومات وبالتالي يمكن تكاملها مع بعضها البعض، وتستخدم في ذلك الأساليب المناسبة مما سبق ذكره.

الأولوية رقم (٤) PriorityIV : وتتأتى حينما يكون الفرد قادراً على تحمل خبرات الإقحام - التكرار وبالتالي يصير هدفه هو العمل المباشر، مع خبراته ومواجهتها،

حيث يتعامل مع الجوانب المختلفة المتضمنة في الحدث الضاغط الصدمي، مثل صورة الذات والأفكار والصور الذهنية والمشاعر والذكريات.

الأولوية رقم (٥) PriorityV : يصل التدخل العلاجي إلى مرحلة الإنهاء حينما يبدو الفرد قادراً على "العمل المباشر" مع خبراته ومواجه الأفكار والانفعالات المتعلقة بالحدث الصدمي.

قد خضع نموذج (هوروتيز) للتحقق من مدى فاعليته من خلال برنامج علاجي قام به كروينك وهو أحد زملائه، يتضمن اثنتي عشرة جلسة، مع حالات ضحايا الاغتصاب، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة التجريبية تحسناً ملحوظاً في صورة الذات، والشعور بالثقة والضبط، والتوكيدية (حب الله، ٢٠٠٦).

٦. نموذج لندي

يقدم (لندي) نموذجاً للعلاج النفسي الدينامي طوره في (مركز دراسات الضغوط الصدمية بجامعة سينسيناتي university of Cincinnati traumatic stress study center) بالاشتراك مع (معهد سنسيناتي للتحليل النفسي Cincinnati psychoanalytic institute) وتتحدد عملية العلاج النفسي وفقاً لهذا النموذج في ثلاثة أطوار هي:

الطور الأول :

فيه يبدي الفرد (الحالة) مقاومة إزاء مخاطرته بأن يسمح للمعالج بأن يدخل إلى ما تحت (غشاء الصدمة) (الذي يمثل الحاجز النفسي الذي تكون بفعل الصدمة وصار يستقطب الخبرات التالية ويستجيب لها على نحو يؤدي إلى انغلاق الذات على خبرتها الصدمية). وتلك عملية متدرجة واختبارية للغاية، يقوم فيها المعالج من خلال التفسير، بإعادة بناء العلاقة بين المنبهات التذكيرية reminders التي تعمل في الوقت الحالي كعوامل مهيئة للأعراض وبين الذكريات الصدمية ذاتها، بما فيها الحالات الوجدانية المرتبطة بها، ويؤلف ذلك صورة تشكيلية للحدث الصدمي.

طور العمل المباشر :

فيه يعتمد المعالج إلى مساعدة الفرد على تنظيم خبراته الصدمية وفقاً لجرعات قابلة للتحكم فيها، ولتحقيق تلك الغاية، يستخدم المعالج أساليب متعددة مثل التفسير

وإعادة البناء والطرح والقلق الإشاري والصور التشكيلية للحدث الصدمي. ويقوم المعالج بتوضيح الدفاعات وما وراءها من حالات انفعالية مثل الشعور بالعجز والغضب والذنب والخزي، وتعمل العلاقة بين المعالج والحالة والوحدة بينهما بمثابة الذات المؤقتة المتماسكة القادرة على التحكم في جرعات الصدمة بدرجة أكبر مما تستطيع الحالة نفسها تحملها.

طور الإنهاء :

فيه يبدأ الفرد نفسه بأن يخبر قدرته على السيطرة والتمكن كلما تعامل مع منبهات تذكيرية جديدة للصدمة، ويحرز الفرد ثقة في قدرته على الاحتفاظ بتماسكه في وجود تلك المهددات. وهنا فإنه نتيجة للعمل المباشر في مواجهة خبرته الصدمية يسترد توازنه الانفعالي، ويستخلص معنى للحدث الصدمي، ويستعيد إحساسه بالاستمرار النفسي بين الماضي والحاضر والمستقبل، كما يستعيد طاقته من أجل الاستثمار المستمر في العمل وفي العلاقات الشخصية المتبادلة والعلاقات الاجتماعية العاطفية ويكون قادراً على الاستمرار في ارتقاء نموه وعلى استثمار المستقبل بفعالية وطموح (Hollander, 1994).

رابعاً: العلاج باللعب Play Therapy

يعتبر اللعب من الطرق الهامة في دراسة وتشخيص وعلاج مشكلات الأطفال، وتقول سوزانا ميلار المذكورة في زهران (١٩٩٧) أن العلاج باللعب استخدم حتى في إطار طرق العلاج الأخرى فمثلاً استخدمه فرويد في علاج حالة (هانز الصغير) واستخدمته هيرمين في علاج الأطفال مضطربي العقل بغرض ملاحظتهم وفهمهم، واستخدمته ميلاني في علاج الأطفال كبديل للتداعي الحر في علاج الكبار، وافترضت أن ما يفعله الطفل في اللعب الحر يرمز إلى الرغبات والمخاوف والمباهج والصراعات والهموم اللا شعورية واستخدمت دمي صغيرة تمثلت الأشخاص في اللعب الإسقاطي، وطبقت آنا فرويد اللعب كأسلوب تعليمي علاجي مع الأطفال.

الأسس النفسية للعلاج باللعب: العلاج باللعب من الطرق الهامة في علاج

الأطفال المضطربين نفسياً، واللعب هو أي سلوك يقوم به الفرد دون غاية عملية مسبقاً، وهو يعد أهم الأساليب التي يعبر بها الطفل عن نفسه، ويفهم بها العالم من حوله.

استخدام اللعب في العلاج:

اللعب إلى جانب فائدته التشخيصية، هو أسلوب علاجي هام للأطفال المضطربين حيث تتاح للمعالج فرصة ملاحظة الطفل أثناء اللعب ويتيسر له وتوجيه سلوكيه. في العلاج باللعب يعطى الطفل أدوات اللعب الموجودة في حجرة اللعب أو تتاح له فرصة اللعب على آلة موسيقية، أو يلعب مع مجموعة لتمثيل بعض المواقف الاجتماعية، ويبني المعالج علاقة علاجية بالطفل من اللحظة الأولى التي يصحبه فيها إلى حجرة اللعب إذ يعامله بتسامح وعطف وثقة تاركاً له الحرية في أن يلعب بالأشياء التي يرغب بها وبالطريقة التي يراها دون خوف أو لوم أو عقاب، وهذا يؤدي إلى زوال القلق والتوتر مما يزيل الدفاعات التي يلجأ إليها الطفل عادة.

فوائد العلاج باللعب:

١. يتيح اللعب فرصة للتعبير عن الدوافع والرغبات والاتجاهات والمشاعر والصراعات والإحباطات وعدم الأمن والقلق والتنفيس الانفعالي وصرف المشاعر مثل الغضب والعدوان إلى أشياء بديلة.
٢. يبين اللعب للطفل ان ما لديه من مخاوف ومشاعر الذنب والاتجاهات العدوانية ليست من الخطورة كما يجسمها له خياله فتخف وطئتها وتقل حساسيته لها.
٣. يعلم الطفل كيف يعبر عن خوفه وغضبه بصورة واقعية.
٤. قد يساعد الطفل على الاستبصار في متاعبة ومعرفة أسبابها، كما يعينه على إيجاد حلول لها مع والديه وإخوته.
٥. يترتب عليه أن يتقدم المعالج باقتراحات للوالدين لزيادة فهمهما ولتغير موقفهما بالنسبة للطفل.
٦. قد يتضح للطفل أثناء لعبه قدرات ومواهب لديه كانت خافية عنه، مما يزيد معرفته بنفسه، وثقته بها، أو يعين في توجيهه وعلاجه.
٧. يستطيع الطفل عن طريق خبرة العلاج باللعب ومن خلال العلاقة العلاجية بينه وبين المعالج أن يكشف عن ذاته الواقعية للمعالج، وعندما يشعر أنها مقبولة تزداد ثقته بنفسه، ويستطيع تعزيز وتدعيم سلوكه.

٨. يعتبر اللعب بديل لما لا يستطيع القيام به من سلوك في الحياة الواقعية.
٩. يفيد العلاج باللعب في الأغراض الوقائية وذلك مثلاً لتدريب الطفل على مواجهة الأحداث الصادمة مثل محاولات الاغتصاب (زهران، ١٩٩٧).

خامساً: العلاج الجماعي Group Therapy

هو علاج عدد من الأفراد اللذين تشابه مشكلاتهم في مجموعات صغيرة، ويستغل المعالج تأثير الجماعة على سلوك الأفراد.

الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج الجماعي:

١. الانسان كائن اجتماعي لديه حاجات يجب اشباعها في اطار اجتماعي مثل: الحاجة للأمن، والنجاح، الانتماء، المحبة، التقبل... وغيرها.
٢. يتحكم في سلوك الفرد المعايير الاجتماعية التي تحدد الأدوار الاجتماعية.
٣. التخلص من الشعور بالاختلاف حيث يؤدي وجود المريض بين المرضى الآخرين في جو الجماعة العلاجية إلى الاقتناع بأنه ليس شاذ، وليس مختلف عن الآخرين وأن المشكلات النفسية تدخل ضمن الصعوبات العامة التي تقابل الناس جميعاً.

٤. التخفيف من مقاومة الفرد للتحديث عن مشكلات.

٥. تدريب العميل على التصرف في المواقف الاجتماعية المتوقع ان يمر بها في حياته (محمد قاسم، ٢٠٠٧).

تعتقد الباحثة أنه عند استخدام العلاج الجماعي لحالات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في حالات الاعتداء الجنسي يجب على المعالج أن يكون شديد الحذر وأن لا يقحم العميل في هذا النوع من المعالجات إلا بعد معالجة العميل بشكل فردي لأن الشخص الذي تعرض للاغتصاب يغمره الشعور بالعار والذنب فيحتاج وقت وخصوصية ليبوح فيها بمشاعره وأفكاره المتعلقة بالحدث الصادم ليتمكن المعالج من مساعدته في اكتشاف طرق تفكير وتعايش أكثر فعالية، وبعد أن يتمكن المعالج من تحقيق هذا الهدف يحين وقت العلاج الجماعي ليحقق هدف عدم الاختلاف ويكتسب مهارات اجتماعية توافقية تمكنه من النجاح واجتياز العقبات.

سادساً: الطبي

يقصد من العلاج الطبي العلاج باستخدام العقاقير والأدوية، أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تكتفه بعض الأعراض التي قد تحتاج في وقت ما للتدخل الطبي مثل الاكتئاب، القلق، إدمان الكحول والمخدرات، اضطرابات النوم، فرط التيقظ، الاستجابات الترويعية وغيرها (حب الله، ٢٠٠٦).

بعد الكشف الطبي وتحديد الأعراض التي تحتاج معالجة عقاقيرية غالباً ما تكون الأدوية على النحو التالي:

١. مضادات الاكتئاب Antidepressant

تستخدم مضادات الاكتئاب وخاصة ثلاثية الدورة (TCA) وأحادية الأمينات (MAOI) ومثبطات امتصاص السيروتونين (SSRI) في كبح النشاط الزائد، تحسين النوم.

٢. خافضات القلق Anxiolytics

لمعالجة الاستجابات الترويعية، و فرط التيقظ، ونوبات الهلع، يمكن استخدام البنزوديازيبين Benzodiazepin مثل الديازيبام، اللورازيبام، الكلونازيبام.

٣. موازنات المزاج Mood Stabilizers

في حالات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يمكن أن يصاب الأفراد باضطراب المزاج ثنائي القطب لذا يمكن استخدام موازنات المزاج مثل: الليثيوم، الكاربامازيبين، الصوديوم فاليريوت.

٤. مضادات الذهان Antipsychotics

في بعض الحالات قد يتعرض المصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة للإصابة بالذهان أي انه قد يفقدوا استبصارهم وتتنزاد عندهم حدة السلوك القهري بشكل يعوق سير المعالجة النفسي، فيمكن أن يصف له الطبيب النفسي بعض مضادات الذهان مثل: هالوبيريدول Haloperidol، وكلوروبرومازين Chlorpromazin (عكاشة، ١٩٩٢).

دور الأسرة في خفض الضغوط الصدمية ومواجهة اضطرابات الضغوط التالي للصدمة:

تعمل الأسرة خاصة ونظام التكافل الاجتماعي الكلي بصفة عامة بمثابة ظهير مضاد لاضطراب الضغوط التالية للصدمة . وتحقق إستراتيجية توظيف الأسرة في

التعامل مع الضغوط التالية للصدمة من خلال عدة أساليب وهنا يتأكد أن الأشخاص الناجين من الكوارث والأحداث الصدمية يجاهدون في سبيل التحكم في الانطباع والذكريات التي تغمرهم، وفيما يسميه فيجلي بالاستقراء الصدمي Traumatic induction وهو دمج انطباعات الإحساسات والانفعالات المتعلقة بالخبرة الصدمية والمرتبطة بالشعور بالعجز وبفقدان القدرة على الضبط ولهذا فإن الشخص الضحية يسعى في مجاهدته إزاء الضغوط التالية للصدمة إلى محاولة الإجابة عن خمسة أسئلة هي :

١. ما الذي حدث لي ؟

٢. كيف حدث ذلك ؟

٣. لماذا تصرفت بالطريقة التي سلكت بها؟

٤. لماذا أنا؟

٥. ما الذي سأفعله إذا وقعت كارثة أو أحداث أخرى؟

يعتبر (فيجلي) أن الإجابة عن هذه الأسئلة تعمل بمثابة ظهير مضاد لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتعتبر هذه الإجابات عن عمليات من المجاهدة المعرفية cognitive struggle لدى ضحايا الكوارث والصدمات، كما تعكس الأساليب التي يحاول بها هؤلاء الضحايا وأسرهم أن يتحكموا في العوامل الضاغطة المختلفة أو أن يواجهوها، وهنا يقرر (فيجلي) أنه طبق نموذج المجاهدة المعرفية هذا على فئات الكوارث والأحداث الصدمية المختلفة والتي تشمل، أمراض الطفولة المزمنة، وإدمان المخدرات لدى المراهقين والموت، والبطالة، والاغتصاب، والكوارث الطبيعية، والحروب، والأسرى، وضحايا الإرهاب، وبناء على ذل يحدد (فيجلي) عدة أساليب تحقق الأسرة من خلالها وظيفتها في معالجة الضغوط التالية للصدمة فيما يلي:

١. استكشاف الأعراض detection of symptoms : فما تتمتع به الأسرة

من خصائص فريدة، مثل الوحدة والحب والتقارب والألفة والمماثلة بين أعضائها يجعل أعضاء الأسرة أكثر إرهافاً وحساسية لمشاعر بعضهم بعضاً ولتصرفاتهم من متاعب أو صعوبات، وبالتالي يحاولون اتخاذ أنسب

- الأساليب لمساعدتهم، وتتبدى أهمية ذلك خاصة في التعامل مع الأحداث الصدمية مثل الحروب والأسر والتعذيب وأحداث الحياة (زهران، ١٩٩٧).
٢. مواجهة المشكلة confrontation of the problem : يحتل أعضاء الأسرة موقعاً رئيسياً يمكنهم منه حث الشخص الضحية من أعضاء الأسرة على مواجهة المشكلة ومساعدته على مواجهتها ويستطيع أعضاء الأسرة بطريقة منظمة وبأساليب متنوعة دفع بعضهم بعضاً إلى مواجهة المشكلة والتعامل معها.
٣. الإعادة المختصرة للحدث الصدمي recapitulation : يتمثل الأسلوب الثالث الذي به تقدم الأسرة مساندة اجتماعية للضحية أو الضحايا من أعضائها في مساعدتهم على إعادة النظر في الأحداث الصدمية ومراجعتها - وهو ما يعرف بعملية الإعادة المختصرة وفي ذلك يمتلك أعضاء الأسرة القدرة على مساعدة الشخص الضحية على استدعاء المزيد من المعلومات الإضافية التي تفيد في النظر إلى الأحداث الصدمية من منظور أكثر وضوحاً، وفي تصحيح الانطباعات والصور ووجهات النظر التي ارتبطت بمشاعر الذنب وكراهية الذات وعدم تقدير الذات وغير ذلك من دلائل اضطراب الضغوط التالية للصدمة.
٤. حل الصراعات التي تستدعي الصدمة - resolution of the trauma-inducing conflicts : وتفيد الأشرة بشكل هائل في هذا الأسلوب الربع من أساليب تقديم المساندة الاجتماعية لأعضائها من ضحايا الصدمات على العمل على استيعاب الخبرة والصراعات الصدمية والتعامل معها ومواجهتها، وهنا يعمل عضو الأسرة بمثابة ميسر (على أساس من السلبية أو الإيجابية، أو الكشف عن الذات المتبادل أو من جانب واحد، أو المواجهة أو عدم المواجهة) للشخص الضحية في الأسرة عن طريق تشجيعه على الإفصاح عن خبراته المضطربة في الوقت نفسه الذي تجرى فيه عملية إعادة بناء لأفكاره وتصورات ومعتقداته، وذلك بواسطة :
- أ. إيضاح الاستبصار.
 - ب. تصحيح التحرفات المعرفية.
 - ج. تقييم الاتجاه نحو لوم الذات أو نحو المبالغة في تقديرها وذلك بطريقة

أكثر موضوعية.

د. تقديم أو دعم أفكار جديدة أو أكثر دقة وإيجابية عن الحدث.
مثل هذه الأساليب الوظيفية التي تستخدمها الأسرة في التحكم في الضغوط الصدمية ومواجهتها، تركز على عدد من الخصائص يحددها (فيجلي) فيما يلي:

١. تقبل الحدث الصدمي.
٢. المشكلة المتمركزة على الأسرة.
٣. المشكلة الموجهة نحو الحل .
٤. درجة عالية من التحمل.
٥. الالتزام والمسؤولية مع تأكيد الروابط الوجدانية.
٦. التواصل.
٧. التماسك.
٨. الأدوار المرنة.
٩. الاستفادة من المصادر واستخدامها.
١٠. تجنب العنف وسوء استخدام العقاقير.

وفقاً لهذه الخصائص، تتوفر البيئة الأسرية المواتية لأداء الأسرة لوظائفها في تقديم المساندة والدعم لأحد أو لبعض أعضائها (عبدالستار، ١٩٩٣).

مع ذلك ثمة نقطة ضعف في دور الأسرة في مساندة أعضائها، وقد تقلل من فاعليتها في أداء هذا الدور، وتلك مفارقة تستحق الاعتبار، ذلك أنه للأسباب نفسها التي على أساسها تقوم الأسرة بدور فعال في مساندة أعضائها على مواجهة الضغوط التالية للصدمة، تكون الأسرة في ذاتها مستهدفة كذلك لأن تخبر ضغوطاً صدامية في سياق هذه العملة نفسها والسبب في ذلك هو عاملاً الحب والتعاطف الوجداني empathy اللذان يميزان نظام العلاقات المتبادلة في الأسرة، فجوانب القوة وكذلك الضعف تكمن في هذا العامل، وبالتالي فإن أعضاء الأسرة يقومون بدور فعال في مساندة بعضهم بعضاً، ولكنهم مستهدفون أيضاً لعواقب تلك المساعدة من خلال تلك الآلية نفسها (الحب والتعاطف الوجداني) التي تجعلهم فعالين للغاية في أداء هذا الدور، ولهذا كثيراً ما تنتقل آثار الخبرة الصدمية من العضو الضحية إلى بقية أو بعض أعضاء الأسرة، حيث يصيرون ضحايا كذلك من خلا ما يعانيه أحدهم من خبرة صدمية- وتلك تداعيات لتأثير الخبرات الصدمية والضغوط التالية للصدمة، وذلك ما تكشف عنه الدراسات والبحوث التي تناولت تناقل آثار اضطراب الضغوط التالية للصدمة وامتدادها من جيل إلى آخر في الأسرة والمجتمع (الرشيدي وآخرون، ٢٠٠١).

المبحث الثالث

الاغتصاب Rape

تمهيد:

الاغتصاب لفظ يراد به أخذ الشيء بالقوة، وتُعنى هذه الدراسة بالاغتصاب الجنسي الذي تحرّمه الأديان وتأنفه الفطرة السليمة، ويعتبر الاغتصاب من أقدم الجرائم شيوعاً على مر التاريخ البشري فهو يُعبر عن النفس البدائية التي لم تخضع للتهذيب السلوكي ولم تتصل بالنظام القيمي والأخلاقي، فكان الإنسان الأول يشبع رغباته الجنسية بأخذ فريسته إلى إحدى الكهوف فيضاجعها دون الاكتراث لرغباتها لأن الشرعة السائدة آن ذاك هي شرعة الغاب ولا صوت يعلو فيها على صوت القوة. وعلى الرغم من تقدم المجتمعات وتطورها إلا أن هذه الجريمة ظلت موجودة لكنها أخذت أشكال مختلفة وكمّنت خلفها دوافع جديدة ففي العصر المصري القديم والفارسي والبابلي انتشرت أقدم مهنة على وجه البسيطة وهي مهنة البغاء فكان يتم الاغتصاب باستدراج الفتيات القاصرات والاعتداء عليهن للعمل في البغي، وأحياناً أخرى كان يتم الاعتداء في أوساط البغايا من قبل أخلائهم. وعندما تعاضمت رغبة الإنسان في امتلاك البلاد والسيطرة على العباد اشتدت رحي الغزوات والفتوح فكانت المرأة الخاسر الأكبر لأنها تقع في شباك السبي ويتم استباحة عرضها واغتصابها لإذلال العدو وإشباع شهوة السلطة. وعلى الرغم من الفساد الأخلاقي الذي ساد الكثير من العصور إلا أن الاغتصاب ظل أمراً ممقوتاً تعاقب عليه قوانين تلك المجتمعات فكانوا يعاقبون المغتصب بقطع العضو الذكري ليكون العقاب متناسب وفضاعة فعله. لكن كل هذه الإجراءات الصارمة لم تكن كافية لتوقف هذه الجريمة الضاربة في القدم والتي مازالت تلقي بضلالها على النساء والأطفال من الجنسين حتى وقتنا الحاضر وتغدق عليهم بالألم النفسية والجسدية لتحيل حياتهم واقع مريعاً يتطلب مد يد العون من قبل أهل الاختصاص النفسيين والاجتماعيين والقانونيين ووضع التدابير اللازمة للحد من هذه الجريمة وعلاج الآثار المترتبة عليه.

تعريف الاغتصاب :

لقد أجتهد كثير من علماء النفس و الاجتماع والطب والقانون والفقهاء لوضع تعريفات محددة للاغتصاب الجنسي تذكر الباحثة منها:

١. هو أن يقسر الرجل المرأة على الجماع بالقوة (عكاشة، ١٩٩٥).
٢. هو تعرض الطفل للإيذاء بصورة مباشرة من خلال الممارسات الجنسية، والتي يمكن حدوثها داخل الأسرة أو خارجها (الرفاعي، ١٩٩٤).
٣. هو اتصال أو تفاعل جنسي بين طفل أقل من ١٨ سنة وراشد (Paradise, 1990).
٤. هو جماع الاطفال واستخدامهم جنسياً وغالباً ما يكون مصحوباً ببعض السمات السادية (عكاشة، ١٩٩٢).
٥. يعد مرتكب جريمة الاغتصاب من يواقع شخصاً زناً أو لواطاً دون رضاء (القانون الجنائي السوداني، ١٩٩١).
٦. هو استغلال من قبل البالغين لطفل دون الثامنة عشرة من أجل الحصول على اللذة الجنسية أو الإشباع الجنسية (الشرييني، ١٩٩٥).
٧. هو الاتصال الجنسي غير القانوني لرجل بامرأة لا توافق على ذلك ولا يهيمه موافقتها (حسن، ١٩٩٥).
٨. هو علاقة جنسية تحت تأثير العنف أو التهديد به (مجلس الخدمات والتنمية المصري).
٩. هو اتصال جنسي غير قانوني بين رجل وامرأة حية بالفرج بدون رضاها الصحيح (فرج، ٢٠٠٥).
١٠. هو ارتكاب فعل الفاحشة بمبادرة من طرف واحد بإرادته المنفردة قسراً وقهراً على الطرف الآخر فيمارس الفعل مسلحاً بالعنف والإكراه على الضحية وهذا هو السطوا على الأعراض (عزمي، ١٩٩٥).
١١. هو الاتصال الجنسي مع أنثى تحت سن الموافقة (عبد الله، ٢٠٠٧).
١٢. هو اتصال جنسي بأنثى ضد إرادتها بالقوة أو بأي شكل من أشكال التهديد (سري، ٢٠٠٣).

١٣. هو ممارسة العملية الجنسية مع أنثى بغير رضاها، ومعنى بغير رضاها أنها قاومت الجاني (القمرى، ٢٠٠٥)

التعريف الإجرائي للاغتصاب:

هو موقعة أي طفل ذكر كان أو أنثى زناً أو لواطاً تحت سن الثامنة عشرة دون رضاه بالعنف أو بالتهديد أو في حالة غياب الوعي.

من هم ضحايا الاغتصاب؟

يعتقد البعض أن السودان بلد محافظ لا تنتشر فيها الجرائم ذات الطابع الأخلاقي مثل جرائم الاغتصاب ، إلا أن كل الوقائع تدحض هذا الاعتقاد، فقد أخذت تطالعنا الصحف السودانية من وقت لآخر بالكثير من الأخبار التي ترصد جرائم الاغتصاب بحق الأطفال ولا يخفى على أي متابع قصص الاغتصاب الشهيرة مثل قصة مرام وشيماء وغيرهم. ليس هذا وحسب بل أن الأرقام تشير أيضاً إلى أعداد كبيرة ومفجعة ففي التقرير الجنائي السنوي لعام ٢٠٠٣م الذي تصدره رئاسة قوات الشرطة بوزارة الداخلية، أتضح أن جرائم الاغتصاب التي تم تدوينها بولاية الخرطوم حوالي ٧٢١ بلاغاً في عام ٢٠٠٣م مقابل ٦٧٨ بلاغاً في عام ٢٠٠٢م، بالإضافة إلى حالات أخرى لم تصل إلى مضابط الشرطة. وقد شاهدت الباحثة حالات اغتصاب بأعداد كبيرة جداً تتخطى حاجز المائة خلال تسعة أشهر قضتها في أقسام وحدة حماية الأسرة والطفل بولاية الخرطوم. لذا تضل الحاجة ملحة للإحصاءات الرسمية التي تمنع رئاسة الشرطة تزويد الباحثين بها.

يتوقع حدوث الاغتصاب للذكور والإناث في كافة الأعمار والمستويات الاجتماعية لكن للنساء والأطفال الحظ الأوفر كما توضح الإحصاءات :

١. الأطفال ما بين سنة ونص إلى خمس سنوات قد يتعرضون للخطر في أي وقت تغيب فيها رقابة الأهل.

٢. الأطفال ما بين خمس وأثنى عشر سنة غالباً ما يتعرضون للخطر في أي مكان يختلطون فيه بالأصدقاء والأقارب والجيران والغريباء (موسى-زين العابدين، ٢٠٠٩).

٣. في عام ٢٠٠٧ تعرض ٢٤٨،٣٠٠ شخص في العالم للاغتصاب .

٤. واحدة من بين كل ست نساء أمريكيات يتعرضن للاغتصاب الكامل أو الجزئي مرة واحدة على الأقل في حياتهم ١٤% منهن يتعرضن للاغتصاب الكامل .

٥. ١٧،٧ مليون امرأة أمريكية تعرضن للاغتصاب الكامل أو الجزئي.

٦. ٩ من كل ١٠ نساء أمريكيات وقع عليهن الاغتصاب من أحد أفراد الأسرة في عام ٢٠٠٣م.

٧. واحد من بين كل ثلاث وثلاثين ذكر أمريكي يتعرض للاغتصاب مرة واحدة على الأقل في حياته.

٨. ١٥% من الأطفال الأمريكيين الذين تعرضوا للاغتصاب أو الإساءة

الجنسية تقل أعمارهم عن ١٢ سنة و ٢٥% منهم أعمارهم بين ١٢ و ١٧ سنة ، و ٤٤% منهم أقل من ١٨ سنة، و ١٨% منهم دون ٣٠ عام.

٩. ٧% من الفتيات اللواتي تعرضن للاعتداء الجنسي تتراوح أعمارهن بين ٥ و ٨ سنوات، و ١٢% منهن تتراوح أعمارهن بين ٩ و ١٢ سنة. (U.S. Department of Justice's National Crime Victimization Survey, 2007)

١٠. أن معظم ضحايا الاغتصاب من الفتيات تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٥ سنة.

١١. أن ٨٢% من المجرمين والضحايا يعيشون في منطقة واحدة وأن ٦٨% منهم جيران (سعيد، ٢٠٠٩).

١٢. أن ٦٦،٥ من الضحايا تربطهم بالجناة علاقة غالباً ما يكونوا أقارب أو جيران أو أصدقاء.

١٣. أن ٧٠% من أهالي الضحايا لا يقومون بالإبلاغ عن الجريمة خوفاً من الوصمة الاجتماعية (أمير، ٢٠٠٩).

تكشف الدراسات التي أجريت على الضحايا أن المرأة قد تقدم على أفعال تؤدي إلى طمع الآخرين فيها وتدل الدراسات على أن نحو ٥٠% من هؤلاء النسوة قد استسلمن

للتهديد فوراً و ٢٧% قاوم من مقاومة ضعيفة جداً و ١٨% قاوم بشدة. ويقال أن مثل هؤلاء النسوة لديهن رغبة لا شعورية في أن تكون ضحية للاغتصاب. ترى الباحثة أنه لا يوجد مسوغ لجريمة الاغتصاب مهما ارتدت أو تصرفت المرأة، وكل ما يذكره الجناة عن إغواء النساء لهن مجرد محاولة لتخفيف لوم الذات والمجتمع.

العوامل الكامنة خلف جريمة الاغتصاب:

هناك الكثير من الأسباب والعوامل التي تلعب دور كبير في حدوث جريمة الاغتصاب تذكر الباحثة منها:

أولاً: التنشئة الأسرية

بينت الدراسات أن مرتكبي جريمة الاغتصاب قد أقروا بأنهم تم طردهم من منازلهم أثناء الطفولة وتعرضوا للعنف ومروا بممارسات جنسية، كما تبين أنهم كانوا أكثر فعالية للاستثارة وأظهروا مستويات عالية من الاستجابة للاستثارة. وأوضح فضل المولى (٢٠١٠) في دراسته التي أجراها على المغتصبين بالسجون في ولاية الخرطوم أن ضعف العلاقة بين الوالدين والابن المغتصب من الناحية الوجدانية والفكرية وعدم إعطائهما الوقت الكافي له ولد لديهم إحساس عميق بكره صورة الأب وعدم الرغبة في تمثيلها، كما أن ضعف العلاقة بين الوالدين وبنهما لعب دور كبير في الانحراف السلوكي الذي أفضى به إلى الاغتصاب.

يؤكد سعد (٢٠٠٩) أن ٧٧% من المغتصبين عانوا من غياب الرقابة الأسرية والتنشئة الاجتماعية السالبة.

تشير إحدى الدراسات البريطانية التي أجريت عام ١٩٩٠م على ١٣٦ رجل مغتصب يقضون عقوبة السجن إلى أن:

١. ٥٠% من المغتصبين جاءوا من أسرة مضطربة ومفككة وعانوا في

طفولتهم من العنف أو الإهمال.

٢. ٥٠% منهم قد عانوا من الاستخدام الجنسي أو التعذيب الجسدي من قبل

القائمين على تربيتهم (الغول، ٢٠٠٣)

كما أن التنشئة في وسط أسرة يسود علاقات الوالدين فيها العنف تنبئ عن أطفال عنيفين وتناولت دراسة ليشستر وماك لوسكي (Lichter & Closkey, 2004) آثار مشاهدة الأطفال عنف الوالدين على معتقداتهم حول أدوار الجنس والعنف في العلاقات الجنسية في مرحلة المراهقة، و استخدمت الدراسة المنهج الطولي من خلال مجموعة من المقابلات مع الأمهات والأطفال من أسر تتميز بالعنف و أسر لا تتميز بالعنف واستمرت لمدة تراوحت بين ٧ إلى ٩ أعوام، ودارت المقابلات حول أدوار الجنس وخبرات العنف في العلاقات الجنسية.

أشارت النتائج إلى أن المراهقين الذين تعرضوا لمشاهدة العنف بين الوالدين أثناء مرحلة الطفولة هم أكثر ميلاً نحو قبول العنف في العلاقات الجنسية والاعتقاد بمشروعيته، وارتفاع مستوى ارتكاب العنف.

ثانياً: اضطراب الشخصية والاضطراب العقلي

أعد Myers & Blashfield المذكورين في (الغول، ٢٠٠٣) دراسة حول علاقة المرض النفسي بالشخصية لدى مرتكبي جرائم القتل المرتبطة بالاغتصاب وشملت العينة ١٤ ذكر تتراوح أعمارهم بين ١٣ و ١٧ سنة وتوصلت الدراسة إلى:

١. أنه توجد اضطرابات الشخصية بدرجة عالية.

٢. أقر ثلث العينة برؤيته خيالات جنسية مصحوبة بعنف قبل ارتكابهم للجريمة.

٣. أن جميع المجرمين هم أفراد مضطربين عاطفياً وسلوكياً وتبدو عليهم أعراض المرض النفسي، واضطرابات الشخصية بشكل واضح.

اهتم McCoy (١٩٩٧) بدراسة مؤشرات العودة للإجرام لدى المجرمين الكنديين بهدف التعرف على أثر بعض المتغيرات النفسية والفسولوجية المرتبطة بالعودة للإجرام وتضمنت عينة الدراسة ٥٨٨ مجرم تم تقييمهم في العيادات الجنسية بمستشفى Ottawa المحكوم عليهم في جرائم جنسية، وقد قسمت العينة إلى أربع مجموعات كالتالي:

١. مجموعة الجرائم الجنسية مع المحارم وتشمل ٢٥١ مجرم من اللذين ارتكبوا جرائمهم مع الأطفال الذكور والإناث المرتبطين بهم.

٢. مجموعة التحرش بالأطفال وتضم ١٩٢ مجرم من اللذين تحرشوا بأطفال لا تربطهم بهم علاقة.

٣. مجموعة المغتصبين وتتكون من ٨٦ مجرم اعتدوا على إناث لا تربطهم بهم صلة في سن ١٦ فأكثر.

٤. مجموعة مختلطة وتشمل ٥٩ مجرم.

خلصت الدراسة للنتائج التالية:

١. أن المغتصبين كانوا أكثر المجموعات تطرفاً، حيث استخدم أغلبهم العنف الزائد في ارتكاب جرائمهم ، كما كانوا أكثر عرضة للوقوع تحت تأثير المخدرات أو الكحول وقت إرتكاب الجريمة.

٢. أن المغتصبين تظهر عليهم أعراض المرض النفسي بصورة كبيرة أكثر من المجموعات الأخرى.

٣. أن إمكانية التحسن في المجموعات المختلفة قد تصل لنسبة من ١٠% إلى ٢٠% بينما نسبة لم تظهر الدراسة إمكانية للتحسن في أوساط المغتصبين. قام Rader Chartes (١٩٩٧) بدراسة لمقارنة الصفحة النفسية من خلال مقياس مينسوتا MMPI لدى مرتكبي الفعل الفاضح والمغتصبين والمعتدين، وهدفت الدراسة لمقارنة مجموعات إجرامية تتضمن الجنس أو العنف الجنسي أو كلاهما. وافترضت الدراسة أن المغتصبين أكثر المجموعات اضطراباً، كما افترضت أن كل المجموعات لها درجات مرتفعة على مقياس الانحراف السيكيوباتي. أما العينة فقد تكونت من ١٢٩ رجل وتم تقسيمهم كالآتي:

١. ٣٦ مجرم من مرتكبي الفعل الفاضح، بمتوسط عمري ٢٨ سنة.

٢. ٤٧ مجرم من المغتصبين بمتوسط عمري ٢٦ سنة.

٣. ٤٦ مجرم من المعتدين متوسط عمري ٣١ سنة.

خلصت الدراسة لعدة نتائج:

١. أن مرتكبي جرائم الاغتصاب يعانون من اضطرابات نفسية مثل القلق والاكتئاب الفصام.

٢. المغتصبين يعانون من الأفكار الشاذة، والكبت، والتصرفات الوسواسية،

والعدوان، والغضب.

٣. المغتصبين لديهم صراعاً داخلياً حول الجنس.

قدم Judith Becket (١٩٩١) دراسة للتعرف على أعراض الاكْتئاب لدى المغتصبين من الأحداث وارتباطها بتاريخ تعرضهم للعقاب. شملت الدراسة ٢٤٦ ذكر تتراوح أعمارهم بين ١١ و ٢٩ سنة واستخدم معهم مقياس بيك للاكْتئاب. وبينت النتائج:

١. أن ٤٢% أظهروا قابلية لظهور أعراض الاكْتئاب وارتبط تعرضهم

لتحرشات جسمية وجنسية في الماضي بوجود درجات عالية في مقياس بيك.

٢. إن المغتصبين اللذين لم يتعرضوا لتحرشات جنسية وجنسية حصلوا على درجات أقل في مقياس بيك.

قد أجرى Carrilio Thomas (١٩٩٢) دراسة تطبيقية لمقياس مينسوتا على من سبق لهم التعرض للتحرش الجنسي مقابل من لم يتعرضوا له. وهدفت الدراسة لإستكشاف الاختلاف بين المجموعتين.

أظهرت الدراسة أن تحليل اختبار مينسوتا أشارت إلى أن المجموعة التي تعرضت للتحرش أظهرت درجات عالية على مقياس الاكْتئاب ومقياس الانحراف السيكوباتي ومقياس الذكورة والأنوثة ومقياس السيكاستتيا بنسبة أكبر من المجموعة الأخرى.

قام مورثي (Murthi, 2006) بدراسة هدفت للتعرف على العلاقة بين تعرض الطفل للاعتداء الجنسي وأبعاد مفهوم الذات في مرحلة الجامعة وأوضحت النتائج انخفاض مستوى مفهوم الذات ووجود فروق بينهم وبين اللاتي لم يتعرضن للاعتداء في كافة الأبعاد الانفعالية والمعرفية .

ثالثاً: الكحول والمخدرات

لقد أهتم عبد المنعم المذكور في (الغول، ٢٠٠٣) بدراسة الميل للاغتصاب وبعض العوامل النفسية والاجتماعية المسؤولة عن تشكيله، بهدف إلقاء الضوء على أهم العوامل المسؤولة عنه، والتعرف على العلاقة بين إدمان الخمر والمخدرات والميل للاغتصاب، وشملت العينة ٤٠ سجين من مرتكبي جريمة الاغتصاب تم اختيارهم من سجون طنطا والإسكندرية بجانب ٥٠ طالب (عينة غير مغتصبة) من جامعة

طنطا كلية الآداب، واستخدم اختبار الميل للاغتصاب ، واختبار ايزنك للشخصية، واستمارة التعاطي، ومقياس العدوانية، وتوصلت الدراسة للنتائج التالية:

١. توجد فروق دالة احصائياً بين عينة المغتصبين وغير المغتصبين حول دور

الإدمان على الخمر والمخدرات في دفع الفرد لارتكاب الجريمة لصالح عينة المغتصبين، بما يعني أنهم أكثر تعاطياً للخمر والمخدرات.

٢. أن الأصدقاء ووسائل الإعلام يمثلان مصدر قوياً في سماع افراد العينتين

عن العقاقير المختلفة، كما أن نسبة تعاطي المخدرات من المغتصبين

٦٥% ونسبة تعاطي الكحول ٦٢،٥%

يوضح حسين الغول (٢٠٠٣) أن الدراسات البريطانية التي أجريت على المغتصبين أكدت أن:

٦٠% منهم قد شربوا الكحول أو تعاطوا المخدرات في الأربع والعشرين ساعة

السابقة للاغتصاب، و ٣٧% منهم مدمن للكحول.

أكدت ولاء سعيد (٢٠٠٩) في دراستها على المغتصبين أن ٦٣% منهم مدمنين على الخمر.

تشارك في كثير من الأحيان الكحول في الاغتصاب، ويمكن أن تخفف المشروبات الكحولية والمخدرات من الحس السليم بالنسبة لبعض الناس وتسمح للنزعات العدوانية بالظهور على السطح. وقد ارتبطت بعض أنواع المخدرات بجرائم الاغتصاب مثل الروهيبنول ("roofies") ، البيتاهايدروكسي غاما (GHB) ، والكيثامين، والقنب الهندي، والمهلوسات. ويمكن بسهولة لمثل هذه العقاقير أن تكون مختلطة في المشروبات لجعل الشخص المجني عليه يفقد إرادته. كل من الفتيات والرجال الذين منحوا هذه العقاقير أحسوا بشعور غريب و بالشلل وتشوش الرؤية، وفقدان الذاكرة (Arcy Lyness, 2009).

رابعاً: السن والحالة الاجتماعية

يذكر فايز فضل المولى (٢٠١٠) أن ثلثي مرتكبي جريمة الاغتصاب تقل أعمارهم

عن ٣٠ عام، و أشارت إحدى الدراسات البريطانية إلى أن ٥٠% من المغتصبين

أدينوا في جرائم قبل سن السادسة عشر.

يشير الأحمدى (٢٠٠٥) أن العمر الحرج للجنوح يقع بين ١٥-١٦ سنة ثم تبدأ نسبة الجنوح في الهبوط بعد هذا السن وقد يكون السبب في هذا الهبوط بدء الحصول على عمل ثابت أو تكون حياة زوجية مستقرة.

خامساً: الإعلام

تلعب وسائل الإعلام دور كبير في إثارة الغرائز وتأجيج العنف في النفوس بسبب مشاهد العنف التي تحتويها المسلسلات والأفلام، وغالباً ما تصور هذه المسلسلات والأفلام البطل على أنه شخص جذاب ومحبوب ومميز في علاقاته الجنسية مع النساء، مما يجعله نموذجاً يرغب الشباب في أن يكونوا مثله.

كما أن بعض الأفلام تعطي تصور تفصيلي لكيفية القيام بجرائم الاغتصاب وتزود المشاهد بكافة ما يحتاج إليه لتنفيذ الجريمة وتطلعه كيف يمكنه أن يتخلص من أثارها حتى لا يقع في قبضة الشرطة، وتوجد الآن بعض القنوات والمواقع الإباحية التي يسهل الوصول إليها دونما بالغ عناء فهي تقدم خدمات ممارسة الجنس بكافة أنواعه عبر الهاتف ثم ربط المشاهد بشخص آخر من الشبكة الإجرامية في بلد إقامته بمبالغ مالية باهضة مما ينطوي على ذلك إثارة عارمة قد يلجأ البعض بعدها لمحاولة فض شهوته عبر الاغتصاب.

يشير أمير إلى أن ٨٦% من مرتكبي جريمة الاغتصاب أقرروا بأن الأفلام الجنسية لعبت دور كبير في ارتكاب الجريمة.

سادساً: ضعف الوازع الديني

التدين يرتبط دائماً بالحفاظ على حقوق الله والعباد وتجنب مواطن الشرور والفساد. والتدين كما يظهر في الممارسات السلوكية كالصلاة وقرأ القرآن وغيرها من العبادات تشكل درع حماية للشخص من الوقوع في الفواحش لقول الله تعالى: {أَتْلُ مَا أُوحِيَ إِلَيْكَ مِنَ الْكِتَابِ وَأَقِمِ الصَّلَاةَ إِنَّ الصَّلَاةَ تَنْهَى عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَلَذِكْرُ اللَّهِ أَكْبَرُ وَاللَّهُ يَعْلَمُ مَا تَصْنَعُونَ} العنكبوت ٤٥

لقد حددت السنة النبوية منهج الوقاية من الوقوع في الزنا والاغتصاب بسبب فرط الشهوة حيث قال النبي صلى الله عليه وسلم: (من أستطاع منكم البائة فليتزوج ومن لم يجد فعليه بالصيام فإنه له وجاء) صحيح البخاري ، لذا غالباً ما يكون المتدينين

ونعني بهم ليس الممارسين للشعائر وحسب إنما اللذين توقر في قلوبهم هذه التعاليم الدينية ثم تترجمها جوارحهم في شكل عبادات، يكون لديهم رادع ذاتي وهذا ما يسمى في علم النفس بنمو الضمير حتى يغدوا مسيطر ومهذب للأفكار والنزعات الشهوانية.

يؤكد أمير (٢٠٠٩) في دراسته التي أجراها على متركبي جريمة الاغتصاب أن ٨٠% منهم لديهم ضعف في الوازع الديني.

الأطفال الأكثر عرضة للاغتصاب:

١. ذوي الحاجات الخاصة

لا يختلف الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالذات المعاقين ذهنياً عن الأطفال العادين في مراحل النمو إلا أنهم يمرون بها بشكل أبطأ من غيرهم، كما أن لهم أغلب الاحتياجات الموجودة عند الآخرين، وبالنظر إلى ضعف إدراك الأطفال المعاقين ذهنياً للقيم والمعايير التي تحكم لسلوك المقبول اجتماعياً وغير المقبول، ويتميز الأطفال المعاقين ذهنياً بشكل عام بسهولة انقيادهم للآخرين وهذه الصفة قد تشجع بعض ضعاف النفوس على استغلالهم جنسياً.

قد وقفت الباحثة في أقسام شرطة حماية الأسرة والطفل على عدد كبير من حالات الاستغلال الجنسي للمعاقين جنسياً إلا أنه لا توجد إحصاءات دقيقة بهذا الشأن، وعلى الرغم من ذلك فإن الحالات التي لم يتم التبليغ فيها يتوقع أن تكون أكثر لأن الأطفال يخافون من الإدلاء بما يحدث معهم.

تؤكد رومي (٢٠٠٥) أن أكثر الحالات شيوعاً هي استغلال المعاقين ذهنياً من قبل المقربين في حياتهم كالأصدقاء والأقارب والجيران والأشخاص القائمين على رعايتهم مثل الخدم والسائقين والمعلمين، وعندما يقع الاغتصاب فعندها تتكون لدى الطفل مجموعة من مشاعر الحزن والأفكار والسلوكيات غير التكيفية. وبالطبع فإن ذوي الإعاقة الذهنية بمستوى إدراكهم وتفكيرهم غير مهينون للتعامل مع هذا النوع من الاعتداء خاصة أن بعضهم لا يميز خطورة هذا السلوك و أنه مرفوض من ناحية أخلاقية واجتماعية، وفي حالة الطفل الذي يدرك خطورة هذا السلوك الجنسي فإنه يقع ضحية بين العاطفة والطاعة للشخص الذي يمارس معه هذا السلوك وبين

الإحساس بأن هذه الممارسات الجنسية خاطئة ، فإذا حاول الطفل الابتعاد والتخلص من هذه العلاقة الجنسية الإجبارية فإن الطرف الآخر قد يهدده بالعنف أو بفقدان الاهتمام أو بالإهمال خاصة عندما تحدث هذه الإساءة في إطار الأقارب فأن الطفل قد يشعر بالخجل والغضب تجاه أقاربه اللذين يعتبرونه مصدر لتلبية احتياجاتهم ويخشى أن يتم حرمانه من معززات اجتماعية ومادية كثيرة إذا باح بما حدث معه.

٢. المشردين

يحتاج الأطفال دوماً للأمان وفي الحالات الطبيعية يشبع الأطفال هذه الحاجة في أحضان الأسرة، أما في حالات التشرد الكلي أو الجزئي فأن الطفل يكون فاقد للسند والحماية لذا يقع فريسة للمجرمين والمتحرشين اللذين يشبعون حاجتهم للجنس والسيطرة عبره، فتبدأ سلسلة التنازلات كما أن مجتمع أطفال الشوارع المشردين يسود فيه قانون الإباحة الجنسية، وأن الجسد من حق الأقوى الذي يوفر له الحماية من الراشدين المحيطين به أو من المشردين الأكبر سناً.

لقد قامت إدارة أمن المجتمع في عام ٢٠٠٩ بدراسة وسط الأطفال المشردين في مدينة الخرطوم في الفترة من ٢٠٠٧/٢/٥ وحتى ٢٠٠٩ /٦/١٢ وخلصت الدراسة إلى أن الأطفال المشردين بولاية الخرطوم في تلك الفترة ١٢،٤١٩ طفل وطفلة تتراوح أعمارهم بين أربعة سنوات وخمسة عشر سنة. وبلغ عدد الجرائم المسجلة بمحاضر شرطة أمن المجتمع بالديوم الشرقية والجريف غرب ٢٧٠ حالة خلال عام ٢٠٠٩، أما مجموع الجرائم المسجلة من عام ٢٠٠٠ وحتى ٢٠٠٨ بلغ ٢٠١٠ حالة مسجلة. وهناك حالات لم تسجل (صديق، ٢٠٠٩).

على الرغم من أن هذه الإحصائية غير تفصيلية أي أنها لا توضح العدد الذي تعرض للاغتصاب بين هؤلاء المشردين إلا أن جميع المؤشرات تدل على أن العدد كبير تبعاً لأن هذه الجرائم مسجلة بمحاضر شرطة أمن المجتمع وهي الجهة المخولة بالنظر في الجرائم ذات الطابع الجنسي أو الجرائم التي تهدد أمن المجتمع بشكل مباشر كجرائم ترويج الخمر و الدعارة واستغلال الأطفال في أعمال منافية للأخلاق.

الأعراض التي تظهر على الأطفال المغتصبين:

عندما يتعرض الأطفال لحدث صادم مثل الاغتصاب فإن حياة الطفل تتغير ومهما حاول أن يتكتم على ما حدث له فإن كثير من الأعراض تبدوا عليه و تبوح لتعبر عن الألم الذي يعاينيه ويمكن أن نلخص أهم هذه الأعراض في الآتي:

١. عدم اهتمام وتجنب ملحوظ للأمور الجنسية العادية، أو اهتمام كبير و ملفت لها.
٢. اضطرابات في النوم وأحلام مزعجة.
٣. الاكتئاب والانسحاب عن الأطفال والأسرة وتجنب العلاقات الاجتماعية.
٤. عدم الاهتمام بالنظافة، أو المبالغة به.
٥. إيذاء الذات.
٦. خوف الطفل من وجود شيء غير طبيعي في منطقة الأعضاء التناسلية.
٧. الجنوح وظهور المشكلات السلوكية.
٨. الميل للسرية والتكتم على الأمور.
٩. تغير نمط الرسم واللعب والخيال القصصي (يحتوي على إسقاط للعنف والعدوانية والجنس والخوف).
١٠. العدوانية والنفور من الآخرين أو الأقران في إظهار المحبة للآخرين عبر الاحتضان والتقبل أو ترديد كلمات تدل على المحبة (رومي، ٢٠٠٥).

الأخطار الناجمة عن الاغتصاب :

بينت منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر في العام ٢٠٠٢م أن ضحايا الاعتداءات الجنسية وخصوصاً الاغتصاب يتعرضون لكثير من الاضطرابات النفسية نتيجة للاعتداء وقد لخص التقرير أهم هذه الاضطرابات في الآتي:

١. ضحايا الاغتصاب معرضين ثلاث مرات أكثر من غيرهم للإصابة بالاكتئاب.
٢. ضحايا الاغتصاب معرضين ستة مرات أكثر من غيرهم للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة.
٣. ضحايا الاغتصاب معرضين ثلاثة عشر مرة أكثر من غيرهم لإدمان الكحول.
٤. ضحايا الاغتصاب معرضين ستة وعشرين مرة أكثر من غيرهم لإدمان المخدرات.

٥. ضحايا الاغتصاب معرضين أربعة مرات أكثر من غيرهم للإقدام على الإنتحار. (World Health Organization, 2002)

للاغتصاب آثار كثيرة غالباً ما تظهر على الأطفال كرد فعل لما تعرضوا له بشكل جسدي ونفسي ويمكن تلخيصها في الآتي:

١. ردود فعل جسدية:

يشيع بين الأطفال قضم الأظافر، والصداع، والتبول اللاإرادي، آلام المفاصل والعضلات، آلام غير مبررة في الأماكن الجنسية (الفرج، الشرج).

٢. ردود فعل نفسية:

الخوف، القلق، الحزن، كثرة البكاء، تأنيب الضمير، الشك وعدم الثقة، الإحساس بالعار، الميل للممارسة الجنسية، عدم القدرة على النوم ومشاهدة الكوابيس، إيذاء الذات.

أشار مورثي (Murthi, 2006) في دراسته التي هدفت للتعرف على العلاقة بين تعرض الطفل للاعتداء الجنسي وأبعاد مفهوم الذات في مرحلة الجامعة، إلى انخفاض مستوى مفهوم الذات ووجود فروق بينهم وبين اللذين لم يتعرضوا للاعتداء في كافة الأبعاد الانفعالية والمعرفية .

أكدت أوسكار (Ausiker, 1993) في دراسة التأثيرات الواقعة على الخصائص الفردية للشخصية الناتجة عن الاغتصاب، على أن هؤلاء الأطفال لديهم مخزون من الاكتئاب الشديد والقلق والضعف في علاقاتهم الاجتماعية .

قام دانيال (Daniel, 1998) بدراسة عن الأبعاد المعرفية والسلوكية والانفعالية والمرضية للأطفال ضحايا الاعتداء الجنسي، وقد أوضحت النتائج أن هناك الكثير من مظاهر اضطرابات الشخصية أهمها قصور الانتباه والحركة وضعف القدرة اللفظية، نقص مهارات الذكاء، الميل الشديد للعدوان اللفظي والمادي، الشعور الدائم بالقلق، الميل للجنوح، الإهتمام بالعلاقات الجنسية.

أوضحت ساربو (Sarbo, 1984) في الدراسة التي أجرتها للتحقق من مدى تأثير الإساءة الجنسية في الطفولة على الشخصية في الرشد، أن الذكور أظهروا درجات عالية في العنف والعدوان، وردود فعل شديدة تجاه الآخرين، بينما أظهرت الفتيات

درجات عالية من سوء الظن والمراوغة، كما تميزن بصورة أكبر من الألم النفسي، وشعور قوي بعدم وجود السند الأسري في الطفولة، وأظهر كل من الذكور والإناث درجات عالية في عدم الاستقرار الانفعالي، والاكتئاب.

أن هؤلاء الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب فإنهم ربما يعانون من صدمة الاغتصاب التي قد تتطور إلى اضطراب ما بعد الصدمة والذي سبق وأن تناولته الباحثة تفصيلاً في المبحث الثاني من هذا الفصل.

٣. ردود فعل اجتماعية:

العزلة والانطواء، انخفاض المستوى التعليمي، الشجار والعنف.

علاج الآثار الناتجة عن الاغتصاب:

بناءً على ما سبق ذكره من الأضرار الجسدية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر سلباً على حياة الطفل المتعرض للاغتصاب كان لابد من الاهتمام بهم وتقديم الرعاية لهم ليعودوا إلى المجتمع وهم يتمتعون بالصحة والسعادة والفاعلية.

استراتيجيات العلاج النفسي لحالات الاغتصاب:

لقد قدم علماء النفس العديد من الأساليب العلاجية التي من شأنها معالجة ما يتعرض له الطفل من اضطرابات منها:

١. العلاج المعرفي السلوكي المعرفي

يعد مدخل العلاج السلوكي المعرفي من أفضل الاتجاهات والاستراتيجيات العلاجية لسوء معاملة الأطفال ويستخدم هذا العلاج تشكيلة من الفنيات السلوكية والمعرفية بهدف تغيير الاعتقادات الخاطئة وخفض الانفعالات السلبية والتشجيع على السلوك الايجابي (حسين، ٢٠١٠).

نسبة لمدى فاعلية هذا النوع من التدخلات العلاجية استخدمته الباحثة في البرنامج العلاجي للأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب، وقد أوضحت الباحثة هذا النوع من العلاج باستفاضة في المبحث الأول من هذا الفصل.

٢. العلاج السلوكي

هو أسلوب علاجي يقوم على أسس نظريات التعلم ويهتم بحل المشكلات السلوكية عبر تعديل السلوك وضبطه وإعادة تعليم المريض سلوكيات جديدة.

لقد تم إيضاح هذا النوع من العلاج تفصيلاً في المبحث الأول من هذا الفصل.

٣. العلاج باللعب

لا شك أن الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب يعانون الكثير من الصعوبات النمائية في مختلف مظاهرها الجسمية والانفعالية والاجتماعية والجنسية وهذا يؤثر سلباً على توافقهم مع البيئة التي يعيشون فيها ولذلك فإن الطفل الذي يكون ضحية للإساءة يمكنه الاستفادة من العلاج باللعب وذلك لخفض التأثيرات السلبية المترتبة عللا الاغتصاب، ويعد اللعب وسيلة هامة تساعد الطفل على فهم العالم من حوله وتساعد على النمو السوي وهو عملية رمزية يستطيع الطفل من خلالها الإفصاح والكشف عن ما حدث له من اعتداء، وقد سبقت الإشارة إلى العلاج باللعب في المبحث الثاني من هذا الفصل.

٤. علاج التحصين و إعادة المعالجة بحركة العين (EMDR)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

أعد هذا النوع شبرو في عام ١٩٨٩ وهو عبارة عن علاج نفسي أعد في الأصل بهدف التخفيف من المشقة والضيق النفسي المرتبط بالذكريات الصادمة للفرد، وهو عبارة عن برنامج جامع لعدد كبير من العلاجات فهو يتضمن العلاج السيكودينامي والعلاج السلوكي المعرفي المتمركز على العميل. والهدف هو مساعدة العميل للوصول للذكريات الصادمة التي تعرض لها وإعادة معالجتها وذلك عن طريق التحصين ضد المشقة والضيق الإنفعالي الذي تسببه المثيرات الصادمة عن طريق حركة العين وإعادة صياغة الارتباطات والاعتقادات وخفض الاستثارة الفسيولوجية المصاحبة لها وفي أثناء هذا العلاج يركز العميل على الخبرات والموضوعات التي تجعله مضطرباً انفعالياً مع التركيز في نفس الوقت على المثيرات الداخلية، ولقد وجد شبرو وجود ارتباط بين حركة العين وبين الاضطراب والتغيرات التي تحدث في المحتوى المعرفي في عقل الفرد وانطلقت فكرة هذا العلاج من نموذج معالجة المعلومات الذي يفترض أن الانسان يملك نسق أو نظام لمعالجة المعلومات يتم بطريقة فسيولوجية وأن هذا النسق تحت الظروف الطبيعية يستجيب ويقلل من اضطراب الفرد حيث تتم معالجة المعلومات بطريقة ايجابية وتكون الارتباطات

ملائمة وينخفض الكدر والضيق الانفعالي ويحدث التعلم، وإن المعلومات التي يتم تخزينها في نسق من شبكة الذكريات والتي تحتوي على ذكريات مرتبطة بها الأفكار والصور العقلية والإحساسات وهذه الشبكة تكون مرتبة في قنوات المعلومات المرتبطة بها (حسين، ٢٠١٠).

العلاج الجماعي:

هو علاج الاضطراب النفسي وسط مجموعة لديها مشاكل مشابهة بغرض الحصول على المساندة النفسية والشعور بعدم التفرد. لقد ذكرت الباحثة هذا النوع من العلاج في المبحث الثاني من هذا الفصل.

دوافع الاغتصاب:

الاغتصاب هو قوة وليس جنس. المغتصب يستخدم القوة الفعلية و العنف أو التهديد به لأخذ السيطرة على إنسان آخر. الاغتصاب ليس له علاقة بالحب الاغتصاب هو عمل من أعمال العدوان والعنف (www.hkidshealth.org,2009) يرى عصام فريد (٢٠٠٩) أن ما يدفع الإنسان للاغتصاب إما غرائز جنسية أو عدوانية أو الاثنين معاً وتعاني الضحية جسماً ونفسياً ولكنها قد تشبع جنسياً في بعض الحالات. وتختلف جرائم الاغتصاب باختلاف المجتمعات. المغتصب قد يكون ضعيفاً جنسياً ولا يهتم بجمال الضحية أو سنّها وقد يكون سيكوباتياً قليل الشعور بالقيمة الأخلاقية وقد يغتصب المجرم وهو في حالة سكر تام وتختلف شخصية المجرمين والضحايا أيضاً. أجريت دراسة على نزلاء أحد السجون الأمريكية المتخصصة لإيواء المجرمين المدانين في جرائم جنسية والأشخاص الخطرين جنسياً على المجتمع وتبين أن دوافعهم كانت كالآتي:

١. عدوانية

٢. جنسية

في ضوء هذه الدراسة تم تصنيف مجرمي الاغتصاب إلى فئات فهناك أصحاب الدوافع الجنسية بشكل رئيسي وهناك المغتصب السادي ولديه مزيج من العدوانية والجنسية وهناك المغتصب غير السادي ويعاني من خيالات جنسية ولكنها ليست مرتبطة بالعنف والعدوان ولديهم نقص اجتماعي. وهناك طائفة أخرى دوافعها ليست

جنسية ولكنها دوافع عنف موجه بشكل رئيسي نحو النساء ويغلب عليهم النزعات السيكوباتية ويتأثرون بالظروف الوقتية في البيئة التي يوجدون بها وقت ارتكاب الجريمة ويرغمون الضحية بالقوة المتوفرة لديهم ويغضبون إذا ما حاولت الضحية المقاومة، ويمكن تصنيف المغتصبين لأربعة فئات وهي:

١. مغتصب انتقامي Vindictive : وهو الذي يرغب في الإهانة والخط من

كرامة الضحية .

٢. مغتصب سادي Sadistic: وهو الذي يشغل باله بخيالات جنسية سادية

وسلوكة يغلب عليه القسوة والوحشية.

٣. مغتصب متهور : وهو شخص مندفع وسلوكه يعوزه التخطيط ويسعى

للحصول على الإشباع المباشر ولا يهتم بحالة الضحية.

٤. مغتصب غير سادي: وهو شخص لديه مفهوم مشوه عن الجنس وعن النساء

ويشعر بالنقص والدونية وليس لديه مهارات اجتماعية جيدة.

لكن هذا التصنيف قائم على دراسة اللذين أدينوا في جرائم اغتصاب و توجد الكثير من حالات الاغتصاب التي لم يتم الإبلاغ عنها ولذلك لا يمكن تعميمها.

يوضح جروث المذكور في (محمد عبد الله، ٢٠٠٧) أن للمغتصبين ثلاث أنواع رئيسية هي:

١. الاغتصاب الناتج عن الغضب: وهذا النوع بمثابة تفريغ عن الغضب

المكبوت والغضب يستخدم فيه الفرد قوة كبيرة للحصول على الاتصال ويهدف إلى

إلحاق الضرر بالضحية وقد يحصل على إشباع جنسي بسيط ويعتبر هذا النوع

ونسبته ٤٠%.

٢. الاغتصاب بهدف إثبات القوة: وفيه لا يرغب المغتصب في إيذاء الضحية

جسماً ولكنه يريد امتلاكها جنسياً فالإتصال الجنسي عنده تعبير عن السيادة والقوة

والسلطة والأنانية والقدرة وهدفه الإخضاع الجنسي وهذا النوع خليط من القلق والإثارة

والمتعة ونسبته ٥٥%.

٣. الاغتصاب السادي: والهدف منه تعذيب الضحية والوسيلة لذلك الجنس والدافع هو العقاب أو التهديد ويستمد المغتصب متعته من خلال تعذيب الضحية ونسبته ٥%.

لقد تبين للعالم أبل ورفاقه المذكورين في (عسل، ٢٠٠٨) أن الرجال المغتصبين أربعة فئات وفقاً لدوافع الاغتصاب:

١. الإزاحة للعدوان: حيث الدافع الرئيسي فيه السيطرة والإذلال والدوافع الجنسية أقل.
 ٢. العدوان الجنسي السادي: حيث تكون العدائية بغرض الإثارة الجنسية.
 ٣. التعويض: تكون الدوافع العدائية أقل ويكون الاغتصاب محاولة من المغتصب لتحسين صورته عن نفسه لأنه يفتقر للشعور بالرجولة.
 ٤. الاستحواذ: وفيه يتم إشباع الرغبات وقت ما يريد وكيفما يريد وهذا يدل على السيكوپاثية.
- بما أن معظم الدراسات أكدت على أن الاغتصاب تقبع خلفه دوافع عدوانية لذا يتوجب معرفة ماهية وجوهر العدوان

تعريف العدوان

- العدوان لفظ ومصطلح من الصعب تعريفه لأنه يستخدم بمعان مختلفة منها:
١. هو ابتغاء الشر ، أو المبادرة للشر ، أو التعدي ، أو الاعتداء والبغي (أبن منظور،)
 ٢. هو هجوم على الآخرين وقد يكون في الغالب وليس دائماً استجابة للمعارضة أو للتعبير عن إرادة القوة فوق الآخرين ، أو يكون ذلك انعكاساً أو إسقاطاً للدفاع من خطر الموت (Drever, 1964).
 ٣. هو مفهوم مركب ومعقد وهو متعدد الأسباب ومن الصعب التنبؤ بحدوثه أو التحكم فيه (Corsini, 1998).

٤. روبرت بيك : العدوان هو تعمد إلحاق الضرر بنوعيه الجسمي والنفسي بفرد آخر.

٥. فؤاد البهي السيد: هي الاستجابة التي تعقب الإحباط ويراد بها إلحاق الأذى

بفرد آخر أو حتى بنفسه.

٦. بندورا: (Bandura, 1973) العدوان هو سلوك ينجم عنه الأذى الشخصي وتحطيم الممتلكات ويطلق عليه أسم سلوك الإيذاء والسلوك التدميري الذي يعرف اجتماعياً بالعدوان.

٧. محمد عاطف غيث: (١٩٧٩) العدوان هو رغبة في ممارسة القوة على الآخرين.

٨. وليم خولي: (١٩٧٦) الإعتداء المادي أو ما يعادله من تعد معنوي.

٩. أدلر : هو ضرب من السلوك الاجتماعي غيرالسوي يهدف الى تحقيق رغبة صاحبه في السيطرة ويعوض عن خيبة الأمل والفشل الدفين.

١٠. شابلن: (1973) العدوان هو هجوم أو استجابة موجهة نحو شخص أو شيء ما وهو إظهار لرغبة التفوق على الأشخاص الآخرين، ويعتبر استجابة للإحباط، وهو حاجة للاعتداء على الآخرين وإيذائهم أو الاستخفاف بهم أو السخرية منهم أو إغاظتهم بهدف إنزال العقوبة بهم.

١١. أسعد رزوق: (١٩٧٧) هو الاستجابة لخيبة الأمل والإحباط والحرمان وذلك بان يهاجم مصدر الخيبة أو بديلاً عنه.

نظريات العدوان:

لقد اختلفت وجهات النظر في شرح وتفسير السلوك العدواني وتعريفه فهناك من يرى أنه يمثل قوى دافعة موروثة تتمثل في وجود مكانزمات دافعية فطرية ، وإما استجابات منظمة ، وإما وجود وظائف تنبيهية فطرية تعمل تحت تأثير مثيرات خارجية تؤدي إلى استدعاء الاستجابات العدوانية، والكل متفق على أنه ليس للتعلم دور في أداء هذه الاستجابات العدوانية.

هناك اتجاه آخر ينظر للعدوان على أنه سلوك اجتماعي يخضع لتأثيرات البيئة والعوامل التي تكمن داخله وأصحاب هذا الاتجاه متفقون على أن التعلم له دور في أداء هذه الاستجابات العدوانية، وأن لخبرة الفرد وثقافته والحضارة التي يعيش فيها تأثير أيضاً.

يبين مكدوجيل Mc. Dougall المذكور في (فريد، ٢٠٠٩) أن الغريزة هي استعداد فطري مشترك عند أفراد النوع الواحد يتطلب الالتفات والاهتمام بأنماط معينة من الأشياء والمواقف وهذا هو الجانب المعرفي لها، وتتطلب أيضاً أن نشعر بانفعال خاص إزاء هذه الأشياء، فهذا هو جانبها الانفعالي وهي تستدعي العمل إزاءها بطريقة خاصة وهذا هو الجانب السلوكي. فيرى أن العدوان ماهو إلا غريزة مقاتلة يكون الغضب فيها هو الانفعال الذي يعبر عنها.

أما عبد العزيز القوسي (١٩٩٥) يرى أن النزعات الإعتدائية بمختلف أنواعها صادرة عن استعداد راسخ في طبيعة الإنسان ويمكن أن يتجه نشاطها اتجاهاً هدمياً ضار ويمكن أن يتجه اتجاهاً مفيداً لكل من الفرد والمجتمع عن طريق وضع الشخص في بيئة اجتماعية تعطيه التقدير والأمان وتزوده بنشاط اجتماعي وتعطي فرصه للنزعة العدوانية للظهور دون إثناء الأثانية مع مراعاة إثناء الشعور بالمسؤولية الاجتماعية. لقد أجتهد العلماء لوضع الأسس والقواعد والنظريات التي يمكن من خلالها تفسير السلوك العدواني الذي تنتج عنه الجريمة ونورد بعض منها:

١. نظرية الأنماط

نظرية الأنماط أقدم نظريات الشخصية تصنف الناس إلى أنماط تجمع بين الأشخاص اللذين يندر وجودهم تحت نمط واحد يدل على جوهر الشخصية وكان لكل من أبو قراط وشلدون ويونج رأيه الواضح في أنماط الشخصية. كان نمط الشخصية العدوانية واضحاً وجلياً في تقسيمات كل من هؤلاء للشخصية الإنسانية فهو يوجد عند أبو قراط في النمط الصفروي Choleric والنمط الدموي Sanguinic ويوجد عند شلدون في النمط المتوسط التركيب Mesomorphic كما يوجد عند يونج في النمط الانبساطي Extravert .

من الدراسات حول أنماط السلوك العدواني دراسة فشباش (١٩٧١) التي يؤكد فيها أن العدوان قد يكون شخصياً يشمل دوافع عدوانية ونفعية أو اجتماعياً لخدمة المجتمع أو أي فرد آخر ويرى أن النوع الأول غير مقبول، وأما الثاني فهو مقبول. ويتمشى مع هذا القول ما رآه زملاؤه حين قرروا أن العدوان الاجتماعي حكم عليه

بالصواب ويستحق عقاباً أقل من العدوان الشخصي النفعي الغير قائم على الدفاع عن النفس والممتلكات الخاصة.

٢. نظرية السمات

نظرية السمات تنظر للشخصية على انها انتظام دينامي لمختلف سمات الفرد وتقوم هذه النظرية على أساس تحديد السمات العامة للشخصية التي تكمن وراء السلوك والسمة هي الصفة (الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية) الفطرية أو المكتسبة التي يتميز بها الفرد وتعبّر عن استعداد ثابت نسبياً لنوع معين من السلوك، وقد قام البورت و أيزنك وكاتل وغيرهم من العلماء بحصر السمات العامة للشخصية، ويعرف العدوان بأنه سمة تتسم بالدوام النسبي وذات قدر لا بأس به من الثبات. فبذلك هو سمة من سمات الشخصية التي تختلف درجتها من شخص لآخر وهذا الاختلاف يحدد مدى عدوانية الفرد.

قد تستمر السمة خلال مراحل النمو المختلفة، فقد أجرى كلا من كاجان وموس عام ١٩٦٢ دراسة طولية لاستمرارية السلوك العدواني على عينة مكونة من ٣٦ رجلاً و ٣٥ امرأة من مرحلة ميلادهم وخلال مراحلهم النمائية المختلفة، كان من نتائجها أن السمات السلوكية قبل عمر ثلاث سنوات لم تكن مؤشراً حاسماً لسمة شخصية مستقلة وبعد ثلاث سنوات تمثل النزعة العدوانية إلى الثبات خاصة الذكور حتى مرحلة المراهقة يصبحوا المراهقين عدوانيين.

قد أعطى في ذلك مثالا لكيفية استمرار الاتجاه العدواني من الطفولة حتى المراهقة ويبرهن على أن العدوان أحد سمات الشخصية (فريد، ٢٠٠٩ م).

٣. نظرية التحليل النفسي

يقول فرويد أن الجهاز النفسي يتكون فرضياً من Id، الأنا الأعلى Super-ego ، والأنا Ego ، الهو هو منبع الطاقة والحيوية النفسية التي يولد بها الشخص وتضم الغرائز والدوافع الفطرية الجنسية والعدوانية، وهو مستودع القوى والطاقات الغريزية وهو لاشعوري ولا شخصي ولا إرادي بعيد عن المعايير والقيم، ويسيطر على نشاطه مبدأ اللذة والألم. أما الأنا الأعلى هو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والخير والحق والصواب وهو رقيب نفسي لاشعوري إلى حد كبير ينمو مع نمو الفرد

ويتأثر بالوالدين أو من يحل محلها وهو يعدل ويتهذب بازدياد ثقافة الفرد وخبراته في المجتمع. أما الأنا فهو مركز الشعور والإدراك الحسي الخارجي والداخلي والعمليات العقلية وهو المشرف على الجهاز الحركي الإرادي للفرد، ويتكفل بالدفاع عنه ويعمل على توافقه مع البيئة، ويحل الصراع بين مطالب الهو والأنا الأعلى وبين الواقع الذي يعمل في ضوئه وينظر إليه فرويد على أنه محرك للشخصية يعمل من أجل حفظ وتحقيق قيمة الذات والتوافق الاجتماعي. وتعتبر قوة الهو عن الغاية الحقيقية للإنسان وهي إشباع حاجاته الفطرية. أما الأنا فيهتم بالكشف عن وسائل الإشباع التي تكون أكثر موافقة و أقل خطراً مراعيًا في ذلك العالم الخارجي. ويميل المحللون النفسيون بصفة عامة للنظر إلى العدوان على أنه ظاهرة يفترضون أنه رغم وجود بعض الميل الفطري للعدوان إلا أنه يجب على الناس أن يجتهدوا في تخليص أنفسهم وأطفالهم من هذا الميل بأن يهيئوا لأطفالهم بيئة صالحة أو بأن يخضعوهم فيما بعد للتحليل النفسي.

يقول فرويد أن الميل إلى السلوك العدواني جزء من المكونات النفسية للنفس البشرية ولا أمل في التخلص منها إنما علينا أن نكتفي بالعمل على تحويل مجراها وطاقتها. تهتم النظريات التحليلية الحديثة بجذور العدوان وقد استخدم فرويد غريزة الموت في تفسير نزعة الإنسان للكراهية والتحطيم وقد تبعه الكثير من تلامذته في هذا الرأي ولكن ألقى بعض الباحثين الجدد بعض الضوء في سيكولوجية الأنا على تناقض موضوع الحب الأول والذي ينشط ثانياً بأي صورة أبوية رمزية عند النضج فرغبة الأنا في الالتحام وفي نفس الوقت الانفصال تؤدي إلى الاندماج الداخلي اللاشعوري ليس فقط لموضوع الحب بل أيضاً لموضوع الكراهية والذي يستمر مكبوتاً ويشكل تهديداً كامناً للأنا و أحيانا ما ينفجر للخارج هذا الحب وهذه الكراهية المدموجة داخلها في هيئة سلوك عدواني عند مواجهة علاقة عاطفية جديدة أو أي علاقة شخصية تثير بطريقة مباشرة أو غير مباشرة صورة الإحباط الذي عانى منه الفرد من والديه أثناء الطفولة وعندما يكون الأنا ضعيفاً أو تعرض لإهانات متكررة يتعرض الأنا للانفصال فينزع للعدوان. ويلعب الإحلال أحد الوسائل الدفاعية اللاشعورية دوراً

هام في سيكولوجية العدوان، كذلك تقوم النرجسية بدورها بالفرد النرجسي أكثر عرضة للعنف عندما يصبح الأنا موضع التهديد من الأهانة أو الإحباط. قد عارض هارتمان نظرية أن العدوان المتغلغل في النفس يؤدي إلى التدمير الذاتي لأنه عندما يتمكن من النفس بسبب أن جزء من القوة ضرورياً للتطور الطبيعي للأنا الأعلى وقد تدمر الأنا الأعلى نفسها في حالات نادرة. يستنتج آدلر أن العدوان أكثر أهمية من الجنس وقد خلص أن مراحل تفكير الإنسان فيما يتعلق بالهدف النهائي للاغتصاب هي: أن يكون عدوانياً، وأن يكون قوياً، وأن يكون متفوقاً. قد قسم بيرت الحالات العصبية إلى قسمين:

أحدهما: يمكن أن يسمى عصاب الضعف Asthenic Neurosis

والثاني: يسمى عصاب القوة Sthenic Neurosis

يعارض جون بول سكوت فرض الإحباط والعدوان حيث يرى استجابة الفرد للإحباط تتحدد جزئياً بالمبدأ السيكولوجي لمجموع التنبيه وتتقيد بمبادئ التعلم والتكيف ويعرف النزعة إلى ابتداء المقاتلة على أنها السمة العدوانية. وعلى الرغم من اعتقاده أن السلوك العدواني ينشأ في أصله من الفطرة وتطورها مع الفرد في مراحل النمو المختلفة، فهو يرى أن الاستجابة العدوانية هي نتيجة مجموعة من العوامل : أولاً: الوراثة عن طريقها يرث الإنسان قوة العضلات التي تساعد على العدوان.

ثانياً: العوامل الفسيولوجية التي تتصل بالجهاز العصبي، فليس هناك تنبيه تلقائي للعدوان، بل يتحتم لإشباع غريزة المقاتلة وجود ميكانيزمات فسيولوجية تحركها تنبيهات خارجية فتؤدي إلى المقاتلة.

ثالثاً: عوامل إيكولوجية وهي تأتي من الخارج تلعب دورها في تحديد الاستجابة العدوانية ونوعها، رابعاً: العوامل الحضارية وثقافة المجتمع الذي يعيش فيه الفرد من شأنها تنظيم كمية ونوع العدوان.

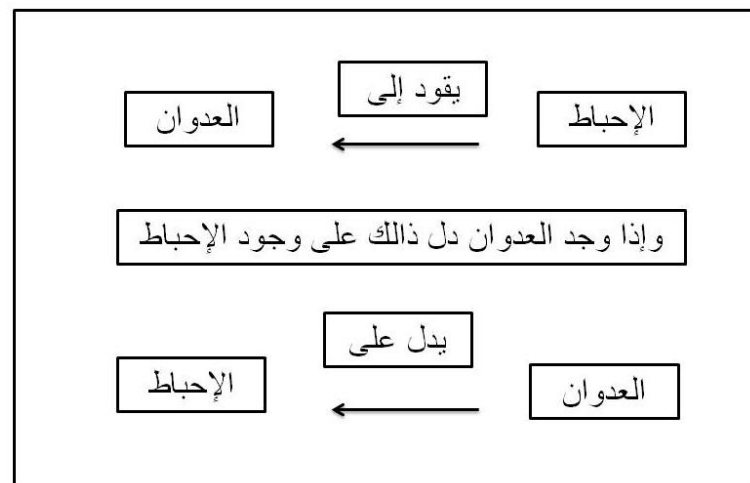
٤. النظرية السلوكية

تقول النظرية السلوكية أن الفرد في نموه يكتسب أساليب سلوكية جديدة عن طريق عملية التعلم والشخصية حسب هذه النظرية هي التنظيمات أو الأساليب السلوكية

المتعلمة الثابتة نسبياً التي تميز الفرد عن غيره من الناس ويحتل مفهوم العادة مركزاً أساسياً في هذه النظرية فالعادة المتعلمة ومكتسبة وليست موروثة وهي رابطة بين المثير والاستجابة وعلى هذا فان بناء الشخصية يمكن أن يتعدل ويغير كما أبرزت هذه النظرية أهمية الدافع والباعث محرك السلوك سواء الموروث منه أو المكتسب. والسلوك العدواني في نشأته يتأثر بعامل التقليد الذي يمارسها الطفل وهو يتعلم من الكبار أسلوبهم العدواني عن طريق الملاحظة التي تسبق التقليد. وتشير الدراسات المقارنة بين المراهقين الجانحين وغير الجانحين في الطبقة المتوسطة ان المراهقين الذين نشئوا في أسر تنزل بهم العقاب الشديد كانوا أكثر ميلاً إلى العدوان. فأن صور العقاب المسبب للألم عند الإنسان هو حافز قوي إلى المقاتلة ويتعلم الطفل العدوان عن طريق أساليب منها العقاب الجماعي الذي ينفذه الوالدين على أبنائهم. قديماً كانت المناظر العدوانية تطبع على جدران الكهوف ثم نقلت الكتابة صور العدوان المختلفة في القصص والروايات التي تلقى على المحاربين والأبطال والقراصنة، ومع تطور الزمن تحولت الكتابة إلى صورة كلامية ومرئية قدمت المواضيع العدوانية عبر الراديو والتلفاز والسينما. فقد تختلف التأثيرات من الذكور إلى الإناث ومن المراهقين إلى البالغين. فالعدوان إذن هو أسلوب سلوكي متعلم يدعمه خفض حالات القلق والغضب المتعلم منذ الصغر ويعتبر وسيلة لتفادي التوتر الناشئ من العوائق والإحباطات التي تصادف الفرد (فريد، ٢٠٠٩).

كان من أهم تطبيقات نظرية كاتل في دراسة العدوان ما قام به تلاميذه من بعده ميللر ودولارد وسيرز من خلال فرض الإحباط والعدوان فهم يرجعون السلوك العدوان في صوره المختلفة إلى أنواع من الاحباطات وتختلف من فرد إلى آخر وتتوقف على مدى تعلم الفرد وما يمر به من خبرات وما يرسمه لنفسه من مستويات طموح معينة.

شكل رقم (١٢) يوضح العلاقة بين العدوان والإحباط



كان المنطق وراء ذلك أن الإحباط يقود إلى الشعور بالغضب والغضب يقود إلى التهيج والاستعداد للعدوان، وليس العدوان الظاهري نفسه ولكن العدوان الظاهري لا يظهر إلا إذا توفر نوع من المثير كالناس أو الأماكن أو الأشياء. وللتعزيز دور في تكرار السلوك العدواني. ويؤكد فريد (٢٠٠٩) أن النظرة العامة للعدوان في إطار الغريزة هي نظرة بعيدة كل البعد عن مستقبل الفرد وطاقته المتمثلة في الحب والحياة ، كما أن هذه النظرة من شأنها أن تلغي عوامل هامة متمثلة في الخبرة الشخصية وثقافة وحضارة المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، بالإضافة إلى قدرة الفرد على التعلم والسعي نحو التكيف الشخصي والاجتماعي. وهناك تفسير آخر للسلوك العدواني يقوم على أساس الإحباط Frustration حيث يرى هذا التفسير أن أي سلوك عدواني يكون مسبقاً بالإحباط، كما يذكر (عبد الغفار، ١٩٧٤) أن دولارد ومساعديه قد وضعوا قد وضعوا فرض الإحباط والعدوان مشكلاً على أن لسلوك العدوان عند الفرد يسبقه دائماً إحباط هذا الإحباط من شأنه أن يؤدي إلى سلوك عدواني، فالسلوك العدواني عند الفرد في صورته المتعددة وأنواعه المختلفة يمكن إرجاعه إلى أنواع من الإحباطات لا يليها سوى تقبل واضح للموقف الإحباطي، وإعادة تكيف له، وهذا يعني أن الاستجابات العدوانية قد أُرجئت بصورة مؤقتة أو أخذت صورة أخرى أو حولت نحو موضوع آخر. ويوضح أرنولد بوس المذكور في (فريد، ٢٠٠٩) أن شدة الرغبة في السلوك العدواني تختلف باختلاف كمية الإحباط التي تختلف باختلاف مدى الرغبة فيما يحبط ودرجة التدخل أو الإعاقة للإشباع المستهدف وعدد المرات التي أحبط فيها الفرد، وكلما ازداد قدر التوتر والضييق الذي ينشأ عن الإحباط ازدادت رغبة الفرد في السلوك العدواني ضد من أعاقه من إشباع حاجته ويتوقف ذلك على مدى إلحاح الحاجة التي يشعر بها الفرد ومدى أهميتها له. كما يزداد ميل الفرد إلى السلوك العدواني ضد مصدر إحباطه ويقل ميله إلى أنواع السلوك غير العدواني الأخرى في المواقف التي يمر بها. ويعتبر كف السلوك العدواني في المواقف لإحباطية إحباط آخر يؤدي ذلك إلى ازدياد ميل الفرد للسلوك العدواني ضد مصدر الإحباط الأساسي وضد عوامل هذا الكف ويؤدي هذا إلى تنوع السلوك العدواني وموضوعاته. كما أنه لا يوجه العدوان إلى الذات إلا إذا كانت عوامل الكف

التي تحول دون توجه العدوان إلى الخارج أقوى من تلك التي توجه العدوان إلى الذات فإذا تساوت هذه العوامل فإن العدوان ضد الذات يصبح احتمالاً أقوى إن اعتقد الفرد أنه هو المسئول عن الإحباط، وإذا كان الفرد يحاول كف عدوانه ضد الآخرين. وتعتبر استجابة العدوان التي يستجيب بها الفرد ضد مصدر إحباطه بمثابة تفريغ لطاقته النفسية. وهكذا فحدوث هذه الاستجابة يقلل من حدوث استجابات عدوانية أخرى في المواقف المثيرة للإحباط.

يؤكد روجر بيك وروزيل (١٩٩٦) أنه يجب أن نسلم بالحقيقة القائلة أن الناس يختلفون في مدى ما يتحملونه من إحباط، ولكل فرد مستوى معين من الإحباط لا يمكن أن يتحمل أكثر منه، فإذا ازداد الإحباط عن هذا المستوى ظهر أساليب السلوك الدفاعية المتمثلة في صور العدوان المختلفة. ويؤكد رواد مدرسة آدلر أن مشكلة العنف ترتبط بالإحساس بالنقص والخوف من الفشل والتي أن لم تعوض بالتفوق على هذه المخاوف فسيؤدي ذلك إلى السلوك العنيف كاستجابة بديلة. عملية العدوان تشبه عملية التعلم والتعلم عبارة عن تغيير في السلوك وبناء على ذلك فإن التعزيز يؤدي إلى تكرار السلوك العدواني. الإنسان يتعلم السلوك العدواني من خلال الخبرة التي تلقى المكافأة أو التعزيز، ويحدث التعزيز عن طريق المحاولة والخطأ، ويظهر ذلك في عراك الأطفال أو المراهقين، أو يتعلم عن طريق الملاحظة من خلال النماذج العدوانية أمام الأطفال في محيط الأسرة أوفي إطار الثقافة المحلية التي تغذي العدوان، أو من خلال العدوان الرمزي الذي يتأتى من مشاهدة العنف على وسائل الإعلام المختلفة والوسائط الرقمية.

يرى عسوي (٢٠٠١) أن الإنسان يتعلم العدوان إذا شاهد غيره من المعتدين وهو يحصل على التعزيز عبر نماذج العدوان التالية:

أ. الغريزة Instinct

ب. الدافع Drive

ج. التعلم الاجتماعي Social Learning

النظريات المفسرة للجريمة

علي الرغم من ما تم ذكره عن العدوان كركن أساسي في جريمة الاغتصاب إلا أنه توجد الكثير من النظريات المفسرة للجريمة بكافة أركانها لذا يتوجب ذكرها لتكون الصورة أكثر وضوحاً.

قد عمد عديد من الباحثين و العلماء إلى محاولات في تفسير هذه الظاهرة منطلقين من رؤى مختلفة حيناً ومتضاربة أخرى و متداخلة أحياناً أخرى.

لعل أولى الخطوات في تفسير الجريمة كانت تلك المتعلقة بالمدرسة الفلسفية التي ربطت مشكلة الجريمة بالأخلاق ، ومن روادها كانط حيث يقول: (أن إرادة الخير هي الشيء الوحيد الذي يعد خيراً على الإطلاق دون قيد أو شرط وترتبط إرادة الخير بمفهوم الواجب). ثم تلتها خطوات أخرى حاولت أن تسلط الضوء على الجريمة و أن تمنحها التفسير العلمي الجزئي أو المتكامل للظاهرة ومنها:

أولاً: النظرية البيولوجية المفسرة للجريمة

هذه النظرية حاولت إعطاء الجريمة تفسيراً انطلقاً من وجود تكوينات عضوية محرّكة للفعل الإجرامي، و أهم روادها العالم سيزار لمبروزو الذي اشتغل طبيباً بالجيش الإيطالي و عمل بالمستشفيات العقلية وهذا ما أكسبه خبرة في الميدان و أتيحت له فرصة التعامل مع المجرمين و غير المجرمين من حيث التكوين الجسماني. وقد مكنته أبحاثه من وضع نظريته التي عرضها في كتابه " الرجل المجرم " الصادر سنة ١٨٧٦. وقد غلب لمبروزو دور العوامل الوراثية التي تؤدي بصاحبها إلى ارتكاب الأفعال الإجرامية وقد انتهى إلى أمرين اثنين هما:

١. أن الصفات الاجرامية الخلقية تتوافر لدى معظم المجرمين لا لدى جميعهم.
٢. أن الوراثة وحدها لا تؤدي إلى الجريمة و إنما تؤدي إلى توافر ميل نحو الجريمة ما لم يكن مقترناً بعوامل معينة قد تكتسب بعد الميلاد.

وقد صنف لمبروزو المجرمين إلى خمسة أنماط هي:

١. المجرم بالميلاد.
٢. المجرم المجنون.
٣. المجرم بالعادة.

٤. المجرم بالصدفة.

٥. المجرم بالعاطفة.

قد أرسى بذلك قواعد و دعائم الاتجاه الأنثروبولوجي في علم الاجتماع حيث وضع نمط بيولوجي أساسي و نفسي تبعي واعتبره أساساً لتمييز المجرم عن غيره. ثم تلت أعمال لمبروزو محاولات أخرى حاولت ربط الجريمة بنشاط الغدد و المورفولوجيا و الكروموزومات ، ومما ساعد على ذلك هو التقدم الكبير الذي أحرزته العلوم و الدراسات العلمية الخاصة بوظائف الغدد و الوراثة و علم الأجنة. فالاتجاه البيولوجي هو الذي يعطي الدور الجوهرى للعوامل الوراثية و الجسمية للفرد في إحداث السلوك الإجرامي ، وقد ذهب في ذلك وليام شيلدون Sheldon إلى تأييد هذا الاتجاه حيث ابتدع طريقة للتمييز بين المجرمين و غير المجرمين من حيث نوع الخلايا الجسمية لدى ٢٠٠ حالة من الأحداث الجانحين ، حيث خلص إلى أن الجانحين يختلفون عن غير الجانحين من حيث الخلايا الجسمية و الأنماط المزاجية و النفسية المرتبطة بها و التي تتجه لدى الجانحين نحو انحطاط موروث. هذا الاتجاه يذهب أيضاً إلى اعتبارات أخرى هي أن الاستعدادات التكوينية التي توجد لدى الفرد من تشوهات و ضعف في القدرات العقلية و نقص في القدرات الجسمية، هي عائق من توافق صاحبها مع البيئة المحيطة به و التي يعيش فيها، مما يجعلها كمحركات للخروج عن المجتمع و التمرد عليه بإتيان السلوك الإجرامي . كما تحدث أنصار هذه النظرية عن اضطرابات الغدد و إفرازاتها وبخاصة الغدة الكظرية و التي تكون سبباً في دفع الفرد إلى الفعل الإجرامي.

إن ما ذهب إليه المدرسة البيولوجية من رؤية قائمة على أفكار و دراسات علمية و على الرغم من أنها فتحت الأبواب للبحث العلمي المتخصص في هذا المجال ؛ إلا أنها لم تسلم من النقد الذي وجهه عديد من العلماء ، مثل ما تقدم به فولد جورج VOLD. GEORGE الذي رأى أن التفسيرات البيولوجية هي تفسيرات هشّة.

كما انتقد أيضاً ريتشارد كورن R.KORN كل المحاولات التي من شأنها أن تمنح الأهمية القصوى للعوامل العضوية في تفسير الجريمة وأكد أنها محاولات تقتصر إلى العلمية و الدقة في البحث، و أن الفروق التي تحدث عنها لمبروزو ترجع إلى

الصدفة و لا تعكس فروقاً حقيقية بين المجرمين و غير المجرمين ، كما كان النقد الذي وجه للمدرسة قائم أيضا على أن أنصارها كانوا يستخدمون أسلوب القمع بحكم السلطة التي يمتلكونها على الجنود ، ومما يضعف أيضا مصداقيتها أن الطفل إذا ما فحص و وجد لديه دلائل مجرم يؤخذ مباشرة إلى السجن حسب تصنيف لمبروزو و أنصار النظرية البيولوجية .

ثانياً: النظرية النفسية المفسرة للجريمة

١. نظرية التحليل النفسي

إن الاتجاه السيكلوجي في فهم الظاهرة الإجرامية كان من خلال التقدم الذي أحرزه علم النفس و خصوصاً الخطوات التي خطتها مدرسة التحليل النفسي و تقنيات أبحاثها ، فكانت هناك دراسات رائدة مركزة على الشعور و اللاشعور و الكبت الناتج عن وجود صراع نفسي، وقد اعتبرت الجريمة تعبير عن طاقة غريزية كامنة في اللاشعور تبحث عن مخرج وهي غير مقبولة اجتماعياً ، ومن هنا يمكننا القول أن النظرية النفسية لم تعطي للفعل الإجرامي أهمية كبرى بل كانت تعطيه قيمة رمزية و قيمة عرضية وحسبها أن هذا السلوك هو التعبير المباشر عن الحاجات الغريزية و التعبير الرمزي عن الرغبات المكبوتة ، أو هو نتاج عن أنا غير متكيف بين متطلبات الأنا الأعلى و الهو، وبرزت عدة اتجاهات تحليلية لتفسير السلوك الإجرامي وهي:

١.الاتجاه الفريدي:

فرويد مؤسس مدرسة التحليل النفسي و أنصاره أن المجرم شخص لم يتمكن من التحكم كفاية في نزواته أو لم يتمكن من التسامي بها في سلوكات مقبولة اجتماعياً فالسلوك الإجرامي حسب فرويد هو التعبير المباشر عن الحاجات الغريزية و التعبير الرمزي عن الرغبات المكبوتة ، أو هو نتاج لأنا غير متكيف بسبب تمزق هذا الأخير بين متطلبات الهو المتناقضة و الأنا الأعلى . كما يؤكد أيضا أن سيكلوجية المجرم تتوفر على سمتين أساسيتين هما : اندفاعية محطمة كبيرة و أنانية غير موجودة إلى جانب عقدة أوديب التي تفسر الإجرام في شكلين من أخطر أشكاله:

١. زنا المحارم : وهو تعدي جنسي غير قانوني يرتكبه ولي أو بديله على طفله ، ومن وجهة النظر الأنثروبولوجية كل المجتمعات تحرم حالات زواج الأقارب و يعد كلود ليفي ستروس من أهم العلماء الذين درسوا هذه الظاهرة و توصل إلى أن كل المجتمعات المعروفة تتوفر على قاعدة سارية تحرم على الرجل اتخاذ بعض النساء كأزواج.

٢. قتل الولي: حيث يفسر بعض أنواع الأخرى من الإجرام أين يقتل الطفل أباه و قد يكون القتل رمزيا فالشعور بالذنب و عقدة أوديب حسب فرويد من أهم الدوافع نحو ارتكاب الجريمة و الإحساس يسبقها و ليس كما يعتقد أنه يتبعها ، فحسبه الشاعر بالذنب يبحث عن العقاب عن طريق الإجرام و هذا ما يعرف بالعقاب الذاتي.

ب. اتجاه انعدام الشعور للجماعة لمايو

يرى مايو أن كل جريمة تشكل جرح مقصود للآخرين لأجل مصلحة شخصية ، فالمجرمين هم أفراد تكون عندهم المصلحة الجماعية و المشاعر للجماعة معتمدان أو غير متطوران ، وهو راجع إلى أخطاء في التنشئة الاجتماعية ، لذلك يقترح أصحاب هذا الاتجاه للوقاية من الإجرام تطوير القدرة الفطرية عند الطفل للإحساس بالجماعة. فحسب مايو (١٩٦٢) الصراع في أن يكون الفرد خاضعا أو متمردا على المجتمع يلعب دورا في النمو النفسي اجتماعيا يماثل ما يلعبه الصراع الأوديبى في النمو النفسي الجنسي ، و يحل هذا الصراع إيجابيا أو سلبيا بالمكانة التي يأخذها الفرد داخل المجتمع ، فالفرد إما أن يقبل أن يقدم خدماته لمجتمعه أو أن يحس بالاستلاب فيقاومه وعلى الرغم من التطور الكبير الذي أحرزته البحوث النفسية في هذا المجال إلا أن تفسيراتها للجريمة ظل تفسيراً جزئياً غير متكامل ، أضف إلى ذلك كون علماء النفس كثيرا ما يعمدون عند تفسيرهم الظواهر إلى الاتكال على مرضاهم وتعميم نتائج هؤلاء المرضى على الأسوياء ، ففي ربطهم الأعراض المرضية بالسلوك الإجرامي وجهت لهم انتقادات حادة مؤداها عدم وجود صلة حتمية بين الخلل النفسي و الجريمة ، فكثيرا ما يكون الشخص مريضا نفسيا ؛ لكنه لا

يرتكب أي فعل إجرامي ، إضافة إلى كون ما أتت به مدرسة التحليل النفسي غير مبني على العلمية.

ج. اتجاه الكائن البشري معدوم الأنا الأعلى لـ إشهوران

كان رائد إعادة تربية المنحرفين ، وقد حاول تفسير الإجرام بالرجوع إلى سن الطفولة وتمكن رفقة علماء آخرين بتمييز أربع أنواع من المجرمين : النمط العصابي ، الذين يجرمون تحت ضغط مواد عضوية محطمة وسامة كالمدمنين ، و المجرمين الأسوياء غير العصائبيين كالمتسولين ، و المجرمون الحقيقيين معدومي الأنا الأعلى وذهب ولبي إلى حد اعتبار أن نقص العاطفة الأبوية تجاه الأطفال أو مواقفه الصارمة ضدهم بسبب أنا أعلى قاس لدى الأولياء من شأنه أن يؤدي إلى صراعات وأحاسيس يحاول الشخص إشباعها عن طريق وضعيات تجعل منه موضوع العقاب.

د. اتجاه الإحساس بالنقص لآدler

وضعها آدler حيث يقوم نسقه النظري على الشعور بالنقص و الصراع من أجل التفوق ، و في مجال الجريمة فإن عقدة النقص قد تؤدي إلى ارتكاب الجريمة ، لأن هذه العقدة هي أحسن الوسائل لجلب الانتباه و ليصبح مركز اهتمام فيعوض الإحساس باقتراف الجريمة وفي هذا الصدد يوجد اتجاه آخر هو اتجاه الإحساس بالظلم حيث لفت دوقراف (١٩٥٠) الانتباه إلى دور الإحساس بالظلم في نشوء الإجرام حيث لاحظ حساسية مفرطة للظلم عند بعض المنحرفين المنتكسين وهذه الحساسية تدل على حرمان عاطفي شبه كلي .

٢. النظرية السلوكية

قدمت المدرسة السلوكية الكثير من المساهمات على أساس المثير والاستجابة وكأن الجريمة استجابة للظروف المحيطة بالشخص، كما ركزت أيضاً على التعلم كعامل رئيسي في اكتساب السلوك الإجرامي فبرزت عدة اتجاهات منها:

أ. اتجاه الإحساس بالإحباط لدولاردو

ينطلق أنصار هذا الاتجاه من أن الإحباط يؤدي إلى العدوان و هذا الأخير يؤدي إلى الإحباط وهكذا تكون الدورة مغلقة ، و يعتقد أنصارها أن النسبة العالية من الإجرام في الجماعات الفقيرة و ازدياد ارتفاع الإجرام في اللحظات الحرجة يفسران أن

الفعل ناتج عن الإحباط . وجدير بالذكر أن هذه الاتجاه يرجع كثيرا إلى الطبيعة الإنسانية عند تفسيره للظواهر الإنسانية المختلفة. فالإجرام حسب هذه النظرية ناتج عن ردود أفعال تجاه الإحباطات بسبب التعلم الاجتماعي ، هذه الإحباطات مفروضة علينا من طرف أشخاص آخرين. وقد تحدث مليجرام (١٩٧٤) عن نوعين من الضغوطات الاجتماعية التي تجبر الناس على ممارسة الإجرام:

١. ضغط اجتماعي من موقع السلطة (تنفيذ أوامر سلطوية)
٢. ضغط من خارج السلطة يصدر عن الأقران و المعارف وحتى عن مجموع الناس العاديين.

في بحثه عن الأسباب التي تجعل الفرد مجرما أو عدوانيا تجاه الآخرين ترى هذه النظرية أنه لما يكون الناس أحرارا في اختيار مسار حياتهم والتعبير عن انفعالاتهم فإنهم لا يختارون الإجرام.

ب. اتجاه التكيف الاجتماعي

يرى العلماء المتبنون لنظرية التعلم أن معظم السلوكيات الإجرامية هي ثمرة تعلم تلك السلوكيات أكثر مما هي ناتجة عن المخزون الوراثي فالإجرام حسب نظرية التعلم الاجتماعي "سلوك مكتسب بالتعلم ويتوطد بالتعزيز الإيجابي "ومعنى هذا أن الأشخاص لا ينشئون مجرمين طبيعيا (فطريا) بل يتعلمون الإجرام عن طريق ملاحظة النماذج أو بالتجربة المباشرة، في هذا الصدد يشير باندورا Bandura وهو من أهم المنظرين لنظرية التكيف الاجتماعي) إلى أنه بالإضافة إلى التعزيز توجد عملية أخرى هي عملية التقمص Identification حيث يتعلم الناس أنواع السلوك المختلفة من خلال مراقبة أفعال الآخرين. ولقد طور باندورا بحوثه وتوصل إلى المصادر التي تعلم السلوكيات الإجرامية وقدم تصنيفا للنماذج التي يتبناها الأطفال وصنفها إلى ثلاث نماذج

١. يمكن أن يتعلم الطفل الإجرام من عائلته
٢. يمكن أن يتعلم الطفل الإجرام من محيطه المباشر (الرفاق، الحضانة، المدرسة).
٣. يمكن أن يتعلم الطفل الإجرام من وسائل الإعلام التي ما فتئت تشغل حيزا أكبر من الوقت.

تأخذ السلوكات الإجرامية التي يتعرض لها الطفل أهمية كبرى ، ويمكن أن تعزز عن طريق المكافأة ، الاستحسان الاجتماعي لسلوك انحرافي، وهذا ما يساهم في تكوين طبع الفرد في المستقبل، و من هنا يميل الذين تعلموا الإجرام إلى ممارسته في مواقف خاصة، عندما يكون الإجرام والسلوكات العنيفة ملائمة ظرفياً.

ثالثاً: النظريات الاجتماعية

لقد حاول العديد من العلماء تفسير ظاهرة الإجرام ، كما عملوا على تحديد المؤشرات التي تعمل على إبراز الظاهرة في المجتمع ، ومن بين هؤلاء العلماء نجد علماء الاجتماع فلقد كان لهم دور كبير في محاولات تفسير الجريمة و حاولوا حصر الأسباب الاجتماعية أو المؤشرات الاجتماعية التي تساعد بشكل مباشر أو غير مباشر على نمو الجريمة أو انطفائها.

أ/ نظرية التنشئة الاجتماعية

تفترض هذه النظرية أن الخبرات الحياتية التي يكتسبها الفرد من خلال مراحل التنشئة الاجتماعية هي التي تشكل حجر الأساس في بناء الضوابط الداخلية للسلوك الإنساني الظاهر، وتناقش هذه النظرية مجموعة كبيرة من الظواهر النفسية الاجتماعية ذات الصلة بتكوين الجانح، كالأحباط والتفكك الأسري و تأثير الأب والحرمان من الأم والطلاق والانفصال وعدد الأبناء في الأسرة وتربيتهم(الأحمدي، ٢٠٠٥).

ب/ التفكك الاجتماعي

نادى بهذا الاتجاه سيلين الذي يعتبر من كبار المفكرين في المدرسة الاجتماعية في علم الإجرام. وتقوم أفكاره على أساس مقارنة المجتمعات المتحضرة بالمجتمعات البدائية والريفية، ففي المجتمعات البدائية والريفية تكون المؤثرات التي تحيط بالفرد تتميز بالثبات والانسجام حيث يعيش الفرد بين أهله وذويه وعشيرته وكانت هذه العشيرة غالباً ما تحدد للفرد مستقبله كما أنها مسئولة عن تطلعاته بالنسبة لجميع جوانب حياته، ومن هنا يتضح أن الفرد يتمتع بالأمان الكامل في حياته فالجماعة هي التي تعنى بكافة شؤونه، وفي مثل هذا المجتمع يمكن التنبؤ بأنماط السلوك التي

قد تظهر على الفرد، ولا شك أنه داخل تلك الجماعات قد تقع بعض الجرائم إلا أنها قليلة مقارنة بغيرها، حيث تميزت هذه المجتمعات بالترابط والتكافل والانسجام. أما في المجتمعات المعاصرة فأن الطفل يواجه أشكالاً متباينة من السلوك حتى في داخل بيته ناهيك عن ما يواجهه خارجه من تناقضات ومشاكل، ونتيجة للصراع القائم في المجتمعات المتعددة وتعدد وتباين أنماط السلوك التي تواجه الفرد فأن سلوكه يتأثر بذلك تأثراً كبيراً، فأن هذا الصراع يجعله يحاول إشباع حاجاته المختلفة بطرق مختلفة، ويضيف سيلين إلى أنه كلما تقدمت المجتمعات الحديثة فإن هذا التقدم الحضاري يؤدي إلى تعدد أنواع الجماعات التي يدخل فيها الفرد كعضو مما يؤدي إلى احتمال التناقص والتصارع بين قواعد السلوك وهذا التناقض الذي يحدث في أنماط السلوك للفرد في المجتمعات المتعددة هو ما يعرف بالتفكك الاجتماعي، لأن الضغوط الاجتماعية المختلفة التي تباشر أثرها على الفرد متباينة ومتنافرة في الوقت ذاته كما أنها ينقصها الانسجام أو الترابط. وينتج عن ذلك أن الفرد يصبح لديه زيغ في السلوك السليم وفق المجتمعات التي ينتمي لها، حيث قد يكون سلوكاً مستهجناً أو مرفوضاً في نظر جماعات أخرى ينتمي إليها (منصور- الشربيني، ٢٠٠٣).

من هو المعتدي في اغتصاب الأطفال؟

٣٠% من حالات الاغتصاب تحدث من رجل غريب عن المجني عليه، وأن ٣٠% من الحالات تكون هناك معرفة شخصية لفترة قصيرة بين المغتصب والمجني عليه، وأن ٤٠% من الحالات تكون بينهم معرفة شخصية لفترة طويلة أو درجة قرابة. مغتصب الأطفال غالباً ما يكون شخص بالغ يحب ممارسة الجنس مع الأطفال Pedophilia أن المحب لممارسة الجنس مع الأطفال الحقيقي دائماً لديه نزوات منذ سن المراهقة مع الأطفال ويجب أن نميز بينه وبين الأفعال الجنسية المنفردة العريضة الغير متكررة مع الأطفال مثل:

١. الفعل الجنسي الوحيد مع الطفل من شخص معتدي متوتر.
٢. الشخص المصاب باضطراب عقلي أو إعاقة ذهنية لا يستطيع إقامة

علاقة جنسية مع امرأة بالغة ويتجه لإقامة علاقة جنسية مع الأطفال على سبيل التجربة.

٣. الممارسة الجنسية مع الأطفال بعد إصابة الشخص بتلف عضوي بالمخ، أو نتيجة ثانوية لمرض عقلي مثل الاكتئاب.

٤. الشخص السيكوباتي المشوش الذي يحصل على المتعة الجنسية من أي فرصة تتاح له فيغتصب طفل في أي ظروف.

المظاهر الإكلينيكية:

إكلينيكياً توجد مجموعتان من هذا الانحراف

أ. مجموعة المحب الحقيقي للطفل

المعتدي من هذه المجموعة يقيم علاقة حقيقية مع الطفل خاصة أطفال الجيران حيث يحضر إليه الطفل طواعية ويسعد بصحبته. البعض منهم يقيم بسهولة علاقات جنسية متكررة مع الطفل طواعية الذي يعتبر هذا المنحرف صديقه. البعض الآخر يكبح رغباته الجنسية ولا يقيم علاقات جنسية إلا نادراً عند تعرضه لإغراء شديد من الطفل أو عند تعرضه لتوتر شديد في المنزل أو العمل.

ب. مجموعة الإشباع الجنسي من الأطفال

المعتدي من هذه المجموعة يستخدم الطفل مصدر للإشباع الجنسي بدون عاطفة أو تعاطف مع الطفل. منحرف هذه المجموعة لا يقيم علاقة جيدة مع الطفل المجني عليه ولكنه يمارس الجنس معه عن طريق الرشوة (بالنقود أو الحلوى) أو التهديد والإكراه. هذا المنحرف غالباً ما يكون تم الاعتداء عليه جنسياً أثناء فترة الطفولة.

محبى ممارسة الجنس مع الأطفال يختلفون من حيث نوعية الطفل المفضل لديهم حيث يفضل بعضهم طفل ذكر غير بالغ والبعض الآخر يفضل ذكر حديث البلوغ أما بعضهم فيحبون الإناث غير البالغات وبعضهم يحبها في سن البلوغ. إلا أن السيكوباتي محب ممارسة الجنس مع الأطفال لا يتقيد بسن أو جنس معين ولا يوجد فرق لديه، هذا المنحرف شخص أناني يحب مشاهدة صورته أثناء فترة الطفولة، معجب بنفسه حيث يقف أمام المرأة ويقبل صورته في المرأة، ويثار جنسياً بمشاهدة ولد صغير عار. الممارسة الجنسية مع الأطفال تأخذ أشكال مختلفة مثل القبلية، أو

الإمساك بالعضو الذكري، أو تجريد الطفل من ملابسه، أو تحريضه لعمل استمناء باليد للمعتدي، أو الجماع بالدبر للذكور و الجماع بالفرج للإناث. تشير إحدى الدراسات إلى أن ١٢% من عينة الدراسة من النساء و ٨% من الرجال تعرضوا لممارسات جنسية أثناء طفولتهم، و ٧% تعرضوا للاغتصاب الكامل. وفي دراسة أخرى أجريت في نيوزيلندا شملت ١٥٠٠ امرأة ثبت أن ٦٠% منهن تعرضن لممارسات جنسية دون رضاهم أثناء طفولتهم، و ٣٣% منهم كان لديه سلوك جنسي منحرف قبل الاغتصاب مثل التلصص أو الاحتكاك بالأعضاء الجنسية للآخرين. أن معظم جرائم الاغتصاب التي ارتكبوها تمت بدون تخطيط.

الاغتصاب في الشريعة الإسلامية:

الاغتصاب في الإسلام هو السطو على الأعراض والإكراه على الزنا أو اللواط، وفي حالة الزنا أو اللواط بالتراضي يكون الطرفين أئمين تجب عليهما العقوبة الرادعة شرعاً لثبوت القصد الجنائي بحقهما لتوفر العلم والاختيار أما في الاغتصاب حينما يمارس القهر والإكراه ينتفي القصد الجنائي بحق المجني عليه ولذا اجمع الفقهاء على أنه لا عقوبة حديه أو تعزيرية على المكره لقوله تعالى: (فمن اضطر غير باغ ولا عاد فلا أثم عليه) سورة البقرة، آية ١٧٣. ولقوله صلى الله عليه وسلم: (عفي عن أمتي الخطاء والنسيان وما استكرهوا عليه) صحيح البخاري. (عزمي، ١٩٩٥).

في حالة الزنا أو اللواط تتعلق المعصية بحق الله تعالى، أما الاغتصاب فهو تجاوز لحدود الله واعتداء على حق الله تعالى وحق العباد، وللشريعة الإسلامية في إثبات الحقوق المتعلقة بالله وحده موقف التشدد والتضييق ويزيد هذا التشدد في الحقوق المتعلقة بالعباد لأن الاغتصاب فيه استيلاء على الأعراض عن طريق المغالبة والترويع ولذا يرى الفقهاء أن جريمة الاغتصاب جريمة حدية في عداد جريمة الحرابة لأنه يمثل صورة من صور الفساد في الأرض لما ينطوي عليها من ترويع وإكراه (عودة، ٢٠٠١).

يوضح عزمي (١٩٩٥) أن مسلك الشريعة الإسلامية هو التستر في درء الحدود بالنسبة لجريمة الزنا التي تقع بالتراضي حرصاً على كتمان إثمهما فلا تقبل مجرد إثارة الموضوع إلا إذا توافر أربعة شهود، إلا أن في حالة الاغتصاب لا محل فيها

للتستر ويبرز فيها حق العباد الذي يوجب الاستيفاء والقضاء لأن الاغتصاب بجانب أنه اعتداء صارخ على الأعراض في أبشع صوره وفيه استحواذ كامل على كيان الضحية لذا يتوجب على أهل الاختصاص من شرطين وقضاة أن ينشطوا في الحال بكل ايجابية للبحث عن الجاني وضبطه وتوقيع العقاب به إحقاقاً لحق المجني عليه و إقراراً للأمن .

الاغتصاب في القانون:

بما أن الاغتصاب إحدى الجرائم التي تهدد أمن وسلامة المجتمع كان لابد لأهل التشريع والقانون أن تكون لهم اليد العليا في وضع التدابير التي تكفل للمجني عليهم حقوقهم وللمجتمع استتباب الأمن فيه. لذا وضع المشرعون في كافة الدول العديد من المواد و النصوص القانونية التي تحقق العدالة وتبسط الأمن.

تعريف الاغتصاب في القانون الانجليزي: هو الاتصال الجنسي غير القانوني لرجل بامرأة لا توافق على ذلك الاتصال ويعلم المعتدي بأنها لا توافق ولا يهتما موافقتها. ويعرف القانون المصري الاغتصاب في المادة ٢٦٧ بأنه: موقعة أنثى بغير رضاها ويعاقب بالأشغال الشاقة المؤبدة أو المؤقتة فإذا كان الفاعل من أصول المجني عليها أو المتولين تربيتها أو من لهم سلطة عليها يعاقب بالأشغال الشاقة المؤبدة. أما القوانين السودانية قد تم تعديلها مراراً لتكون أكثر ردة لتعطي كل ذي حق حقه القانون الجنائي السوداني لسنة ١٩٩١م، يلغي هذا القانون قانون العقوبات لسنة ١٩٨٣م.

مواد القانون الجنائي المتعلقة بالاغتصاب:

تتناول القانون الجنائي السوداني جريمة الاغتصاب في فصل جرائم العرض والآداب العامة والسمعة وقبل أن نورد المادة القانونية الخاصة بالاغتصاب يجب التعرف على بعض المواد الأخرى المرتبطة بها وهي:

المادة ١٤٥ الزنا

١. يعد مرتكب الزنا

أ. كل رجل وطئ امرأة دون رباط شرعي.

ب. كل امرأة مكنت رجلاً من وطئها دون رباط شرعي.

٢. يتم الوطء بدخول الحشفة كلها أو ما يعادلها في القبل.

٣. لا يعتبر النكاح المجمع على بطلانه رباطاً شرعياً.

المادة ١٤٦ عقوبة الزنا

أ. الإعدام إذا كان محصناً.

ب. بالجلد مائة جلدة إذا كان غير محصن.

ت. يجوز أن يعاقب غير المحصن الذكر بالإضافة إلى الجلد بالتغريب لمدة سنة.

المادة ١٤٨ اللواط

١. يعد مرتكب جريمة اللواط كل رجل أدخل حشفة أو ما يعادلها في دبر امرأة

أو رجل آخر أو مكن رجلاً آخر من إدخال حشفته أو ما يعادلها في دبره.

٢. (أ) من يرتكب جريمة اللواط يعاقب بالجلد مائة جلدة كما تجوز معاقبته

بالسجن مدة لا تتجاوز خمس سنوات.

(ب) إذا ادين الجاني للمرة الثانية يعاقب بالجلد مائة جلدة وبالسجن مدة لا

تتجاوز خمس سنوات.

(ج) إذا ادين الجاني للمرة الثالثة يعاقب بالإعدام أو بالسجن المؤبد.

المادة ١٥٠ موقعة المحارم

١. يعد مرتكب جريمة موقعة المحارم من يرتكب جريمة الزنا أو اللواط أو

الاغتصاب مع أحد أصوله أو فروعه أو أزواجهم أو مع أخيه أو أخته أو

أولادهما أ، عمه أو عمته أو خاله أو خالته.

٢. من يرتكب جريمة موقعة المحارم يعاقب بالعقوبة المقررة للجريمة التي

يشكلها فعله ويعاقب في غير الجرائم المعاقب عليها بالإعدام بعقوبة إضافية

هي السجن مدة لا تتجاوز خمس سنوات.

المادة ١٤٩ الاغتصاب

١. يعد مرتكب جريمة الاغتصاب من يواقع شخصاً زناً أو لواطاً دون رضا.

٢. لا يعتد بالرضا إذا كان الجاني ذا سلطة أو قوامة على المجني عليه.

٣. من يرتكب جريمة الاغتصاب يعاقب بالجلد مائة جلده وبالسجن عشر

سنوات ما لم يشكل الاغتصاب جريمة الزنا أو اللواط المعاقب عليها بالإعدام. وقد حقق المشرع السوداني إنجازاً كبيراً في مجال حقوق الطفل فأصدر قانون خاص يكفل للطفل حقوقه ويشدد العقوبة على منتهكها.

قانون الطفل السوداني لعام ٢٠١٠م

صدر عن المجلس الوطني في دورة الانعقاد التاسع بتاريخ ١٢ محرم ١٤٣١هـ الموافق ٢٩ ديسمبر ٢٠٠٩م والذي بدأ العمل به في ١٠/٢/٢٠١٠م يلغى من تاريخ العمل بهذا القانون قانون الطفل لسنة ٢٠٠٤م على أن تظل جميع اللوائح والأوامر الصادرة بموجبه سارية إلى أن تلغى أو تعدل وفقاً لأحكام هذا القانون.

المادة ٤٥ ب الاغتصاب

يعاقب من يغتصب طفلاً بالإعدام أو السجن مدة تتراوح بين ١٥ إلى ٢٥ سنة مع الغرامة.

يوضح القانون أن سن الطفل يكون سن الميلاد وحتى الثامنة عشرة ويتضح من النصوص القانونية السابقة أنه يتم تسمية الاعتداء الجنسي على الطفل اغتصاب إذا تمت ممارسة الجنس مع الطفل زناً (المواقعة من الفرج للإناث)، أو لواطاً (أي تتم المواقعة من الدبر للذكور)، ويكفي أن يتم إدخال الحشفة ليقع الاغتصاب وليس بالضرورة إدخال العضو الذكري بالكامل أو اختراق غشاء البكارة بشكل جزئي أو كلي.

إذا أقدم على جريمة الاغتصاب شخص راشد وتم إثبات الجرم عليه يعاقب بالجلد مائة جلدة والسجن لفترة تتراوح بين خمسة عشر وخمسة وعشرين سنة أما إذا تم ارتكاب الجريمة من قبل أولياء الطفل أي محارمه فتكون العقوبة الإعدام وإذا كان مرتكب الجريمة طفل دون الثامنة عشرة فيعتبر جانح ولا تقع عليه المسؤولية الجنائية وتتخذ بحقه تدابير الرعاية والإصلاح.

المسؤولية الجنائية:

١. لا مسؤولية جنائية إلا على الشخص المكلف المختار .
٢. لا مسؤولية إلا عن فعل غير مشروع يرتكب بقصد أو يرتكب بإهمال.

٣. فعل الصغير لا يعد مرتكب جريمة صغير غير بالغ ، على أنه يجوز تطبيق تدابير الرعاية والإصلاح الواردة في هذا القانون على من بلغ سن السابعة من عمره حسبما تراه المحكمة مناسباً.

تدابير الرعاية والإصلاح:

أن صغر السن من الأسباب الطبيعية التي تدل على فقدان الإدراك والاختيار أو ضعفها إلى حد كبير لأن عقل الإنسان لا يكون مكتمل النمو منذ الصغر لكن ينمو مع نمو الشخص، لذلك درجت التشريعات الجنائية على تحديد سن الصغير الذي لا يكون مميز فلا تتخذ حياله أي إجراءات قانونية وهي سبع سنوات في القانون السوداني أما الأطفال الأكبر سناً والذين يبلغون بثمانية عشر سنة كما حدده قانون الطفل لعام ٢٠١١م

يرى محي الدين (١٩٩١) أن إخضاع الأطفال الجانحين للمسائلة القانونية على أساس الخطورة التي تهدد أمن المجتمع وسلامته وليس الخطاء والعقاب، وبالتالي فإن المسألة أساسها المسؤولية الاجتماعية وليست المسؤولية الأخلاقية، ولذا يتطلب الأمر اتخاذ تدابير حماية وتربية ورعاية، ولذا سنت القوانين بعض التدابير التي تطبق على الجانحين و يجوز للمحكمة تطبيق التدابير على الجانحين الذين بلغوا وقت ارتكاب الفعل الجنائي سن السابعة ولم يبلغوا سن الثامنة عشرة وهي:

١. التوبيخ بحضور وليه في الجلسة: وهو توجيه المحكمة اللوم والتأنيب إلى الحدث على ما صدر منه وتحذيره بألا يعود إلى مثل هذا السلوك مرة أخرى.
٢. الجلد على سبيل التأديب لمن بلغ سن العاشرة بما لا يجاوز عشرين جلدة
٣. التسليم: ويكون بتسليم الحدث لوالده أو أي شخص مؤتمن من من يحق لهم الوصاية بعد التعهد بحسن رعايته(قانون الطفل-٢٠٠١م).
٤. الإلحاق بالتدريب المهني: ويكون بأن تعهد المحكمة بالحدث إلى أحد المراكز المتخصصة أو المصانع أو المتاجر أو المزارع التي تقبل تدريباً ولا تحدد المحكمة في حكمها مدة لهذا التدبير على الا تزيد مدة بقاء الحدث على ثلاث سنوات.
٥. الإلزام بواجبات معينة: ويكون بحظر ارتياد أنواع من المحلات أو بفرض

الحضور في أوقات محددة أمام أشخاص أو هيئات معينة أو بالمواظبة على بعض الاجتماعات التوجيهية والحكم بهذا التدبير لا يقل عن ستة أشهر ولا تزيد على ثلاثة سنوات ولا مانع من إلزام بأكثر من واجب في آن واحد.

٦. الاختبار القضائي: ويكون بوضع الحدث في بيئته الطبيعية تحت التوجيه والإشراف ومع مراعاة الواجبات التي تحددها المحكمة ولا يجوز أن تزيد مدة الاختبار على ثلاثة سنوات.

٧. إلحاق الحدث بإحدى مؤسسات الإصلاح والرعاية الاجتماعية بقصد إصلاحه وتهذيبه لمدة لا تقل عن سنتين ولا تزيد على خمس سنوات، وعلى الجهة التي تم إيداع الحدث بها أن تقدم تقدم إلى المحكمة تقرير عن حالته وسلوكه كل ستة أشهر على الأكثر لتقرر المحكمة ما تراه (محي الدين، ١٩٩١م).

أركان جريمة الاغتصاب

تبعاً لتعريف جريمة الاغتصاب سابق الذكر أنه يشترط لقيامها ثلاثة أركان وهي:

أولاً: ركن الواقعة

إن هذا الركن أهم ما يميز جريمة الاغتصاب ويتحقق هذا الركن بإيلاج الجاني لعضوه التناسلي في فرج المرأة أو دبرها ولا يتحقق هذا الركن بمجرد العبث بالأعضاء التناسلية للمرأة إذا لم يصل ذلك الفعل إلى حد الإيلاج سواء أكان كلياً أم جزئياً (فتوح الشاذلي ، ١٩٩٤م).

يوضح علي أبو حجيبة (٢٠٠٣) أنه يتحقق الإيلاج سواء أكان كلياً أو جزئياً تمزق غشاء البكارة أم لم يتمزق كما لا يشترط لتمام الفعل أن يصل الجاني إلى إشباع رغبته الجنسية، وإنما يكفي مجرد الإيلاج.

يشترط القانون الأردني لإثبات جريمة الاغتصاب أن يتم الجماع بصورة طبيعية وذلك بإتيان الأنثى من فرجها فإذا تمت المجامعة من غير المكان الطبيعي أو تم إزالة بكارة المجني عليها بغير العضو التناسلي للرجل فلا تقوم جريمة الاغتصاب، أما إذا تم الإيلاج بالعضو الذكري ولو بشكل جزئي ولو لم ينتج عنه إفتراس البكارة يثبت جريمة الاغتصاب (عبد التواب ، ١٩٩٧م).

تأتي اجتهادات القضاء السوري في نفس السياق وتعتبر أن الجرم واقعاً سواء تم الإيلاج بصورة جزئية أو كليه وسواء تم فض غشاء البكارة أو لا. ولكن نجد أحكام محكمة التمييز اللبنانية تخالف هذا الاجماع إذ قضت في أحد أحكامها بأن المتهم الذي نزع لباس المجني عليها ورماها وأخرج احليله وأخذ يحفه على فرجها وأدخل قسماً منه فيه حتى استمنى وفض بكارتها جزئياً غير مغتصب لأن الجماع غير تام (عبد شويش، ١٩٨٨)

يذكر عبد القادر عوده (١٩٩١) أن فقهاء الشريعة الإسلامية يعتبرون الوطء زناً إذا دخلت الحشفة على الأفل في الفرج أو مثلها إن لم يكن للذكر حشفة، ويعتبر زناً سواء حدث إنزال أو لم يحدث.

ثانياً: ركن انعدام الرضا

تقررت الحماية الجزائية في جريمة الاغتصاب للحرية الجنسية المشروعة للمجني عليه و التي يترتب عليها اختيار الأفعال بإرادة مطلقة، وإذا كان الرضا غير صحيح بأن يكون مكره أو ناقص الإرادة، يسمى ما وقع عليه جرماً يستوجب المسائلة الجزائية. ويؤكد السيد داود حسن أن عدم الرضا يجب أن يؤخذ بحذر شديد إذ أن المجني عليه ربما يوافق في وقتها ولكن عندما تنتهي العملية ويرجع لعقله يغير رأيه كما أنه يمكن اتهام شخص ما بالاغتصاب بافتعال وقوع الجرم بعد التراضي كأن يقدم المجني عليه بتمزيق الملابس والداخلية تحديداً وتلوينها بالدماء (حسن، ١٩٩٥). انعدام الرضا هو جوهر الاغتصاب إذ لا تقع جريمة الاغتصاب إلا إذا توفر شرط عدم الرضا ويتحدد عدم الرضا بإحدى العوامل الآتية:

١. الإكراه المادي: ويقصد به تعريض المجني عليه للعنف واستخدام القوة للسيطرة واستخدام مواد منومة أو مخدرة لشل إرادة المجني عليه.
٢. الإكراه المعنوي: ويقصد به التهديد بإلحاق الأذى على النفس أو المال أو إذا شخص قريب أو عن طريق الحيلة والخداع والمباغلة.
٣. عدم التمييز: ويقصد به أن يكون المجني عليه فاقد للعقل فقداناً مستديماً أو مؤقتاً بسبب إصابته بمرض عقلي أو اضطراب نفسي أو بتأثير العقاقير والمسكرات و المخدرات .

٤. السن : لا يعتد قانوناً برضا الصغير الذي لم يبلغ السن القانونية وهي ١٨ عاماً بحسب قانون الطفل السوداني.

ثالثاً: ركن القصد الجرمي

جناية الاغتصاب عمدية يلزم لقيامها توفر القصد الجنائي فيجب أن تتصرف إرادة الفاعل إلى وقاع المجني عليه بدون رضاه واستعمال القوة والتهديد ويدل على اتجاه ارادة الفاعل إلى الوقاع بدون رضاه قد لا تكون المرأة جادة في مقاومتها وتمنعها فهنا يدل تمنعها الظاهري على أنها قابلة وراضية وحينها لا يتوفر القصد الجنائي، أما إذا كان التمتع حقيقي يثبت القصد الجنائي وحينها لا عبرة في الباعث على الاغتصاب إذا كان شهوة أو انتقام.

أما بكر (١٩٧٧) فيقول أن الاغتصاب من الجرائم التي لا تقع إلا عمداً والسائد في الفقه أن القصد اللازم توافره لدى الجاني هو لقصد الجنائي بمعنى أنه لا بد أن تكون نية الجنائي أو غايته موقعة المجني عليها.

من الفقهاء من يقول بأن القصد الجنائي يتلازم من حيث وجوده مع الفعل المادي ومتى ما ثبت على الجاني الفعل أو أقيم عليه الدليل ويتحقق القصد ويستحق العقاب، ب ويتطلب القصد الجنائي علم الجاني بأنه واقع موقعة غير مشروعة. ويتفق غالبية الفقهاء على أن القصد المطلوب في صورة القصد جنائي العام بعنصريه العلم والإرادة متى ما أكتمل تحقق القصد الجنائي ولا عبرة بالأسباب وراء الاعتداء (محب، ٢٠٠١).

الإجراءات القانونية في حالة جريمة الاغتصاب

أولاً: اورنيك ٦

هي استمارة جنائية يتم فيها تدوين أسم المجني عليه وعمره ومحل إقامته وأرقام هواتف ذويه.

ثانياً: اورنيك ٨

هي استمارة جنائية تستخرج من قبل الطبيب الشرعي بعد الفحص الطبي ويحدد فيها كمية الضرر الذي تعرض له المجني عليه.

ثالثاً: الفحص الطبي

الفحص الطبي لحالات الاعتداء الجنسي للمجني عليه يشمل الآتي:

١. المعلومات الأساسية وتشمل: الأسم ، العمر ، العنوان ، مكان الحادث ، وقت الحادث ، السلطة القانونية المطالبة بالفحص.
٢. ملاحظة حالة المجني عليه النفسية والجسدية وسلوكها.
٣. ملاحظة حالة حالة الملابس خاصة الأضرار والتمزق خاصة بالملابس الداخلية وحالة الشعر والجوارب والحذاء.
٤. فحص عام للجسم من جميع الوجوه يشمل كل الجسم في ضوء كاف بدون أي خجل.
٥. فحص الأعضاء التناسلية الخارجية داخل الفخذين والشفرين الكبيرين والصغيرين ومجرى البول وغشاء البكارة والمهبل والعانة.
٦. وصف أي تغيرات أو أذى أو أشياء غريبة أو نزف أو إحمرار أو كدمات أو تمزق حديث أو قديم بغشاء البكارة ثم جمع كل الأشياء مثل الشعر وقطع الملابس والأضرار وأخذ لطخات ومسحات من شعر العانة والفرج والمهبل.
٧. كتابة تقرير كامل والإحتفاظ بنسخة منه وتسليم أصل التقرير إلى السلطات مع أخذ سند بالاستلام.

كيف يتم الفحص الطبي لحالات الاغتصاب؟

١. فحص الإناث

يقوم الطبيب بإفهام ألمفحوصة عن طبيعة الفحص وكيفية القيام به ووقته ومن سيشارك أو يساعد فيه .ثم يطلب الفاحص من الممرضة أعداد المفحوصة للفحص وقد يتطلب الأمر بقاء واحدة من ذوي قربي المفحوصة معها وبخاصة عند فحص الصغيرات والطفلات المرعوبات والمضطربات. ويتم الفحص الطبي بإحدى الوضعيتين التاليتين:

١. وضع الرقود النسوي ، وهو أن تستلقي الأنثى علي طاولة الفحص علي ظهرها ويدها تحت رأسها ثم تعلق الممرضة طرفيها السفليين عند الركبتين بمسند ثابت وحملات علي جهتي الطرف السفلي لطاولة الفحص بحيث تكون

منطقة الفرج بمستوى حافة الطاولة وهذا الوضع هو المألوف في فحوص أغشية البكارة.

٢. وضع السجود: فيه يكون المرفقان قرب الركبتين أو إلى جوارهما ويكون العجز إلى الأعلى ويفضل هذا الوضع عندما يراد فحص غشاء البكارة والدبر في وقت واحد .

بعد أن يختار الطبيب إحدى الوضعيتين السابقتين يباشر بعملية الفحص بأن يمسك بالإبهام والسبابة وربما الوسطى الشفر على الجهة التي تقابل هذه الأصابع ويسحبها إلية و إلى الجانب بحيث ينفسح المجال له لمسك الشفر على الجهة المقابلة باصابع اليد الأخرى ويباعد ما بين الجهتين حتى يتوتر نسيج الغشاء وما يحيط به فيشاهد صفات الغشاء ويتثبت وجود ضرر في الشفريين وما بينهما من عدمه، وأن وجد الغشاء مفتض فيصف التمزق وموضعه ومداه ويحدد الفترة التي تم فيها التمزق(حسن، ١٩٩٠).

غشاء البكارة الطبيعي غير المفتض يغلب أن يكون هلالى الشكل ويمكن أن يكون مستديرا كما يمكن أن يكون مرتخيا بالدرجة التي تمكن من ولوج القضيب بدون أن يتمزق الغشاء، في حاله التمزق الحديث لا يجد الطبيب صعوبة في التعرف علي التمزق مما يصاحبه من سحجات وكدمات وتمزقات في الفرج والغشاء، وغالبا ما يصحبه نزف قليل أو كثير.

عندما تكون فتحه الفرج متسعة ، أو يكون غشاء البكارة قادراً علي التمدد ، أو سبق افتضاضة ، خاصة إذا تمت العملية الجنسية بلا عنف ، فان العلامات الخارجية للأذى تكون معدومة ، ولا يمكن الاستدلال علي أن مواقعه جنسية قد حدثت إلا بالبحث عن وجود سائل منوي حول الفرج أو في داخل المهبل . يجب أخذ لطاخه أو مسبر من محتويات الفرج وفحصها لوجود السائل المنوي أو الحيوانات المنوية، في إثبات جريمتي الاغتصاب والزنا في العادة يوجد التلوث المنوي بالملابس كما توجد آثار الأذى والتلوث حول الأعضاء التناسلية الخارجية والملابس الداخلية (حسن، ١٩٩٥).

ب. فحص الذكور

دائماً يكون المجني عليه طفل أو مراهق صغير وقد يشاهد عليه مظاهر اصابية عامة نتيجة المقاومة ومحاولة الجاني السيطرة على المجني عليه وتتركز الإصابات العامة بالظهر وخلفية أعلى الفخذين والآلتين، ويؤدي استخدام القوة في إيلاج العضو الذكري بالدبر والشد الزائد على الجلد إلى حدوث تمزق حوافه مدممة محاطة بكدمات وسحجات غالباً بالجزء الخلفي من فتحة الشرج هذه التمزقات الاصابية بفتحة الشرج قد تكون وحيدة أو عديدة، وقد تشفى التمزقات الصغيرة بالكامل دون ترك أي أثر يدل عليها ولكن التمزقات العميقة والمتكررة تترك ندبة التئام تدل عليها بعد الشفاء، يجب تمييز هذه التمزقات الاصابية من التمزقات المرضية التي تشاهد في بعض الأمراض، قد يلاحظ على المجني عليه اتساع فتحة الشرج ولكن هذه الدلالة غير كافية فيجب أخذ مسحات من داخل وحول فتحة الشرج للبحث عن التلوثات المنوية والمواد المزلقة.

عندما يتكرر فعل الاعتداء بموافقة المجني عليه وباستخدام مواد مزلقة واحتراس شديد أثناء إدخال العضو الذكري بالشرج فان ذلك قد لا يترك أثر يدل عليه. يؤدي الاعتداء المتكرر إلى عدة نتائج منها:

١. ضعف انقباض العضلة العاصرة الشرجية مما يؤدي إلى اتساع الشرج وتدلي الغشاء المخاطي للمستقيم خارجاً من فتحة الشرج.
٢. ضياع الانعكاس الشرجي فلا تنقلص العضلة العاصرة الشرجية عند شك الجلد حول منطقة الشرج بدبوس.
٣. زيادة سماكة الجلد بفتحة الشرج وضياع التعريجات الطبيعية.
٤. وجود تشققات وتقرحات شرجية متعددة (فرج، ٢٠٠٥).

الأدلة الجنائية:

ليتم إثبات جريمة الاغتصاب يتوجب على الفنين الجنائيين جمع الأدلة التي تساهم في معرفة ما حدث من الأطراف ذات العلاقة بالجريمة لذا يتوجب على المختصين البحث عن كل دليل قد يقودهم إلى الحقائق ويمكن الحصول على الأدلة الجنائية من الأماكن التالية:

أولاً: البقع الدموية

تتكون البقع الدموية من خلايا الدم وتشمل الكريات الحمراء التي تكسب الدم اللون الأحمر حيث تحتوي على الهيموجلوبين بالإضافة إلى كريات الدم البيضاء التي تحتوي على الأنثيين المحدد للفصيلة كما تحتوي على البلازما التي يوجد بها مضاد الفصيلة.

أهمية وجود البقع في مسرح الجريمة:

١. تحديد تصور مبدئي عن زمن الجريمة وذلك من خلال:

١. تكون البقع الدموية رطبة بعد زمن الجريمة بقليل، والبقع الدموية الجافة تشير الى انه مر على الجريمة زمن طويل، حيث أن الدم يحتاج لساعة في الجو البارد وأقل من ذلك في الجو الحار كما يتأثر جفاف البقعة بحجمها وطبيعة السطح الذي عليه البقعة.

٢. لون بقعة الدم الحديثة يكون لونه أحمر لوجود الهيموجلوبين في صورة أوكسي هيموجلوبين أما البقع الدموية القديمة التي مر عليها فترة تتراوح بين (١٠-١٢ يوم) يكون لونها بني لوجود الهيموجلوبين في صورة ميتهموجلوبين أو هيماتين، أما البقع القديمة جداً يكون لونها أسود لوجود الهيموجلوبين في صورة الهيماتوبورفيرين.

ب. تحديد نوع المشتبه به في الجريمة

يمكن التحقق من ذلك باستخدام تقنية الحمض النووي لفحص الكروموزومات وتحديد نسب الهرمونات الذكورية والأنثوية في بقعة الدم وكذلك وجود أجسام بار وأجسام دايتسون وأجسام نلسون بكرات الدم البيضاء للأنثى وعدم وجودها بالذكر.

ج. تحديد صاحب الدم

يمكن تحديد فصيلة الدماء الموجودة كما يمكن تحديد الحمض النووي التي تعطي نتائجه ١٠٠% لا تقبل الشك، ويمكن عمل بصمة الحمض النووي من بقعة بسيطة من الدم حتى بعد مضي أشهر عليها .

طريقة رفع البقع الدموية

١. البقع السائلة: إذا كانت البقع كبيرة جداً يمكن رفعها بقطارة أو حقنة ، أما إذا كانت كمية الدم قليلة يتم رفعها بواسطة مسحة قطنية ١٠٠% أو قطعة شاش .

٢. البقع الجافة : إذا كانت البقع على سطح غير نافذ مثل الزجاج أو الأرض يتم كشطها بمشط معقم، أما إذا كانت على سطح نافذ مثل الملابس يتم تحريز الملابس وتحليلها (حسن، ١٩٩٥م).

ثانياً: البقع المنوية

المني هو الماء الدافق الغليظ الهلامي ذو الرائحة القلوية يخرج من قضيب الرجل البالغ عند بلوغ الشهوة الجنسية ذروتها ولا يمكن خروجه قبل مرحلة البلوغ ويتكون المني من إفرازات غدة البروستاتا والحيوانات المنوية.

أهمية فحص البقع المنوية هي:

١. إثبات وقوع الجريمة الجنسية.
٢. التعرف على شخصية المجرم من خلال تحديد بصمة الحمض النووي ومقارنتها بحمض المشتبه به.

أماكن تواجد البقع المنوية في حال الاعتداء الجنسي هي:

١. المنطقة التناسلية وما حولها.
٢. المنطقة الشرجية وما حولها.
٣. الملابس وخاصة الملابس الداخلية.
٤. الفراش (مرتبة وملاءة السرير).
٥. الأرض والسجاجيد.
٦. أي منديل أو قطعة ملابس بجوار المجني عليه.

طرق الكشف عن البقع المنوية هي:

١. الشم: للمني رائحة قلوية نافذة يمكن التعرف علي من خلال شمها.
٢. اللمس: للمني قوام نشوي ويمكن التعرف عليه بوضع اليدين على البقع مع مراعاة استخدام القفازات حتى لا تتأثر نتيجة الفحص.

٣. النظر: النظر للملابس التي لا تمتص السوائل تظهر البقعة المنوية على شكل بقعة بيضاء، أما الملابس التي تمتص السوائل فيكون لونها متدرج من عديم اللون إلى اللون الأصفر.

٤. استخدام الأشعة: بتعريض البقعة للأشعة فوق البنفسجية يظهر لون بنفسي متألق مضيء.

٥. التحليل المخبري: يتم التأكد من البقعة عبر التحليل الكيميائي وفيه يتم التفريق بين البقعة المنوية و أي إفرازات أخرى مثل: المخاط، اللعاب، زلال البيض، الإفرازات المهبلية.

طرق رفع البقع المنوية هي:

١. إذا كانت ال بقعة جافة وموجوده على الملابس أو أي نسيج يتم رسم حدودها بقلم وترسل للمعمل.
٢. إذا كانت البقعة رطبة يوضع عليها ورقة نظيفة وترسل إلى المعمل.
٣. إذا وجد البقعة على سطح صلب يتم كشطها بمشط.
٤. إذا كانت البقعة على شعر العانة يتم قص الشعر وترسل للمعمل.
٥. إذا وجدت البقعة على الجسم يتم أخذها بمسحة قطنية أو شاش مبلل بماء مقطر.

ثالثاً: اللعاب

اللعاب هو أحد إفرازات الجسم الطبيعية ويتميز باحتوائه على نسبة عالية من المواد المفترزة التي يمكن أن تدل على الجاني

أهمية فحص اللعاب هي:

١. تحديد نوع المشتبه به إن كان ذكر أو أنثى بفحص الكروموزومات الجنسية.
 ٢. التعرف على شخصية المجرم من خلال تحديد بصمة الحمض النووي وفصيلة الدم ومقارنتها بالحمض النووي للمشتبه بهم.
- أماكن وجود التلوثات اللعابية هي:

١. العضة الآدمية بجسم المجني عليه وخاصة في حالات الاعتداء الجنسي.

٢. أعقاب السجائر وأعواد تنظيف الأسنان أو ما شابهها.

٣. الأكواب وزجاجات المشروبات.

٤. بقايا الطعام وخاصة الثمار وقطع العلكة.

طريقة رفع التلوثات اللعابية

يتم رفع التلوثات بمسح مكان التلوث اللعابي بمسابر من القطن أو بمسحة من الشاش مبللة بماء مقطر وتترك لتجف في الهواء العادي ثم توضع في أنابيب زجاجية وتحرز وترسل للمعمل الجنائي (حسن، ١٩٩٠م)

رابعاً: العرق

العرق هو أحد وسائل الجسم الإخراجية التي يتخلص الجسم عن طريقها من بعض المواد الغير مرغوب فيها، ويفرز العرق نتيجة المجهود وارتفاع درجة الحرارة و نتيجة الانفعال.

فوائد فحص العرق هي:

التعرف على بصمة الحمض النووي للمجرم ومقارنتها بصمة الحمض النووي للمشتبه بهم، كما يمكن استخدام رائحة العرق المميزة لكل شخص في تتبع الكلاب البوليسية.

خامساً: الشعر

الجرائم الجنسية غالباً ما تكون مصحوبة بعنف تخلف بعض الشعر في مسرح الجريمة نتيجة لمحاولة مقاومة الاعتداء.

فوائد فحص الشعر في مسرح الجريمة هي:

١. تحديد نوع المشتبه به إن كان ذكر أو أنثى بفحص الكروموزومات الجنسية.

٢. التعرف على شخصية المجرم من خلال تحديد بصمة الحمض النووي وفصيلة الدم ومقارنتها بالحمض النووي للمشتبه بهم.

٣. تحديد عرق صاحب الشعر (أبيض - زنجي - آسيوي)

٤. تحديد الزمن الذي مضى على قطع الشعر وبالتالي تحديد وقت حدوث الاعتداء.

٥. تشخيص المخدرات القاعدية والسموم المعدنية لأن الشعر تتركز به السموم.

الأمكان المتوقع وجود الشعر فيها هي:

١. يد المجني عليه والمتهم وخاصة تحت الأظافر.
٢. ملابس وجسد المجني عليه والمتهم وخاصة في المنطقة التتاسلية.
٣. مسرح الجريمة.

سادساً: الألياف

الألياف التي يمكن العثور عليها في مسرح الجريمة هي :

١. ألياف طبيعية نباتية مثل القطن والكتان.
٢. ألياف طبيعية حيوانية مثل الصوف والحرير.
٣. ألياف صناعية مثل البولستر والنايلون وغيرها.

فوائد فحص الألياف هي:

١. الاستدلال على شخصية المتهم من خلال العثور على وثائق ثبوتية أو بقايا نباتية أو حيوانية أو صناعية تدل على موطن المتهم أو مكان سكنه أو عمله.
٢. تحديد نوع المشتبه به إن كان ذكر أو أنثى بفحص الكروموزومات الجنسية إذا علق بالألياف بعض سوائل الجسم.
٣. التعرف على شخصية المجرم من خلال تحديد بصمة الحمض النووي وفصيلة الدم ومقارنتها بالحمض النووي للمشتبه بهم إذا علق بالألياف بعض سوائل الجسم.
٤. مطابقة ملابس المتهم مع الأجزاء المتمزقة منها بسبب محاولة المجني عليه لصد الاعتداء أو نتيجة جذب الملابس بشيء بارز مثل مسمار.
٥. مطابقة وصف المجني عليه لملابس الجاني من حيث الشكل واللون.
٦. وصف آثار التماسك مثل فقد الأزرار أو القطوع الإصابية الناجمة عن استخدام الأسلحة النارية أو البيضاء.

سابعاً: البصمات

أن السطح الداخلي لجلد اليدين وباطن القدمين تختلف عن باقي أجزاء الجسم وذلك باحتوائه على خطوط (حلمات) بارزة تحاذيها أخاديد أو ثنايا منخفضة مكونة نموذج خاص متفرد لكل شخص يسمى البصمات وتتكون بصمات الأصابع في الأسبوع السادس عشر من حمل الجنين، أن فرصة وجود شخصين يمكن أن يحمل نفس البصمات هي حوالي واحد بين كل ٦٤ بليون شخص. لذا تعتبر البصمة هي الدليل القاطع والمتفرد الذي يحتوي على كل الخصائص المطلوبة للتعرف على الجاني.

أنواع بصمات الأصابع هي:

١. النوع المقوس Arch

يمثل حوالي ٣١% من البشر وفيه تتجه الخطوط من أحد جانبي الإصبع للجانب الآخر وينقسم لنوعين هما:

أ. المقوس العادي: وهو الذي لا تشكل فيه الخطوط أي زوايا ويكون على شكل قبة.

ب. المقوس الخيمي: وهو الذي تشكل الخطوط فيه زوايا حادة من القمة.

٢. النوع المنحدر Loop

وينقسم الى نوعين هما:

أ. الكعبرة: وهو الذي تنحدر فيه الخطوط باتجاه عظمة الكعبرة ويمثل ٣% من البشر.

ب. الزند: وهو الذي تنحدر فيه الخطوط باتجاه عظمة الزند ويمثل ٦٥% من البشر.

٣. النوع المركب Complex

وهو الذي يحتوي على أكثر من نوع من أنواع البصمات ويمثل ١% من البشر.

ثامناً: الجروح

أ. السحجات

هي زوال البشرة بسبب احتكاك جلد المصاب بجسم صلب خشن. فوائده فحص السحجات هي:

١. التعرف على شخصية المتهم إذا وجدت سحجات على جسده نتيجة

مقاومة المجني عليه يتفق تاريخها وتاريخ حدوث الجريمة.

٢. التعرف على الجاني من خلال فحص محتويات الأظافر وتحت الظفر للمجني عليه عن بقايا جلدية أو دم أو شعر أو ألياف تخص الجاني لتحديد فصيلة الدم وبصمة الحمض النووي ومقارنتها بفصيلة دم وبصمة الحمض النووي للمشتبه بهم.

٣. التعرف على الجاني من خلال مطابقة السجلات ورواية المجني عليه عن الاعتداء.

أنواع السجلات هي:

١. سجلات ظفرية قوسية تحدث نتيجة ضغط أظافر اليد على الأنسجة.
٢. السجلات الخطية التي تحدث نتيجة الدفع على الأرض.
٣. السجلات الحلقية وتحدث نتيجة للخنق بالحبال أو اليدين أوفي حال محاولة المجني عليه دفع الجاني وغيرها.

دلالة نوع الاعتداء بحسب أماكن السجلات :

١. السجلات حول الفم تشير إلى كتم النفس ومحاولة إجبار المجني عليه على السكوت.
٢. السجلات حول العنق تشير إلى الخنق.
٣. السجلات على الفخذين وأعضاء التناسل تشير إلى إبعاد الفخذين عنوة والاعتصاب.

ب. العضات

كثير العضات من أكثر أنواع الجروح مشاهدة على جسد المجني عليهم وجسد المتهم، وخاصة في حالات الاعتداءات الجنسية.

أماكن وجود العضات في الاعتداءات الجنسية هي:

١. الثديين وحلمتيهما.

٢. منطقة المهبل والأعضاء التناسلية.

٣. الفخذيين.

٤. العنق.

٥. اليدين والكتفين.

٦. الشفتين و اللسان.

فوائد فحص آثار العضات :

١. التعرف على الجاني من خلال فحص موضع العضة والبحث عن بقايا دم أو لعاب أو أي سوائل جسدية أخرى لتحديد فصيلة الدم وبصمة الحمض النووي ومقارنتها بفصيلة دم وبصمة الحمض النووي للمشتبه بهم.
٢. التعرف على الجاني من خلال مطابقة العضات على جسد المجني عليه وقالب أسنان المشتبه به.
٣. مقارنة أثر العضات على جسد المشتبه به و قالب أسنان المجني عليه (فرج، ٢٠٠٧).

رابعاً: معاينة مكان الحادث

أن الآثار التي تخلفها جريمة الاغتصاب في مكان الحادث تعتبر ذات أهمية قصوى في المساعد على إثبات أو نفي وقوع الجريمة ، ويذكر عبد الرحمن سالم (سالم، ١٩٩٨) أنه يتوجب على المتحري فور وصوله إلى مكان الحادث عليه أن يقوم برسمه وتصويره ووصفه ، وعليه أن يكرس جهده للبحث عن الآثار التي تدل على الواقعة أو العراك أو المقاومة مثل وجود الأثاث في غير مكانه أو تكسر بعض الأدوات بسبب المقاومة أو محاولة صد الهجوم، كما يتوجب على المتحري والمختصين في الأدلة الجنائية أن يعاينوا المكان الذي تمت فيه الواقعة سواء على السرير أو أريكة أو كرسي أو على الأرض للبحث عن الأدلة المرتبطة بالجريمة الناتجة عن التصاق الأجساد بالمكان، وللبحث عن أي متعلقات تعود للمتهم يمكن بها إثبات تواجده في مسرح الجريمة لدحض إدعائه بعدم ارتكابها. ومن المفيد أن يتم وصف مكان الحادث بطريقة دقيقة لمقارنتها مع ما يدلي به المجني عليه في التحري، لتوضيح إن كان ذهب إلى المكان أو تم استدراجه للوصول إليه أو كان أصلاً موجود فيه.

خامساً: التحري

أن واقع جريمة الاغتصاب خطير من حيث العقوبة وما يلحق المتهم من عار على مستوى الأسرة والمجتمع وما يلحق بالمجني عليه من تأثيرات سلبية من الناحية

النفسية والجسدية والاجتماعية وغيرها، ولذا ينبغي تقصي الحقائق والأدلة حتى يتم رفع الظلم وأخذ الحق.

يؤكد سالم (١٩٩٨) أن واقع الجرائم الجنسية تعتبر ذات حساسية تؤثر على مشاعر الجاني والمجني عليه وأسرهم، ومن هذا المنطق يجب أخذ الحيطة والحذر والحفاظ على أسرار التحري والعمل بمبدأ الستر قبل فضح الجريمة، ومن هنا فإن الأفضل أن يتولى التحري في الجرائم الجنسية متحرون ممن يشهد لهم بالكفاءة والخبرة وحسن التصرف. ينبغي على المتحري أن يضع في الاعتبار عند قيامه بإجراءات التحري في جريمة اللواط أو الزنا، أن المواد القانونية تعاقب الفاعل والمفعول به إذا تم الأمر بالتراضي.

أن عقوبة اللواط تغلظ بتعدد المرات التي يدان فيها الجاني وتصل إلى درجة الإعدام والسجن المؤبد مما يلزم المتحري أن يكون يقظاً للتعرف على شخصية الجاني بالرجوع إلى السجلات الجنائية ومعرفة شخصية المتهم وسوابقه ، كما ينبغي عليه تتبع القواعد العامة للتحري وهي:

١. قواعد الإثبات مثل النص الصريح في إثبات جريمة الاغتصاب.

٢. رفع الأدلة الجنائية من مكان الحادث ومن المجني عليه والمتهم.

٣. أخذ أقوال المجني عليه.

٤. الإطلاع على التقارير الطبية والنفسية والاجتماعية.

على المتحري أن يركز انتباهه ليجيب على الأسئلة التالية:

١. هل وقعت الجريمة فعلاً؟

٢. من الذي ارتكبها؟

٣. ماهي الأدلة المطلوبة لإثباتها؟

٤. ماهي الأدلة المطلوبة الموجودة التي تثبت أو تنفي وقائع الجريمة؟

عندما تتأكد الوقائع الأساسية فعلى المتحري أن يتخذ الإجراءات التي تمكن من العثور على المتهم ، واتخاذ الإجراءات القانونية معه، والتعرف على شخصيته ودافعه لارتكاب الجريمة ، كما يعتبر من المهم معرفة شخصية المتهم وميوله.

شخصية المجني عليه:

من الأهمية التعرف على شخصية المجني عليه للتأكد من تحقق شرط عدم الرضا ، وعدم إيقاع عقوبة الاغتصاب بالمتهم دون التقصي عن إحتمال وجود الرضا والذي يميز بين الاغتصاب والزنا أو اللواط، وقد تكون له أهمية أخرى للتحقق من مدى صدق أقوال المجني عليه التي يدلي بها إلى المتحري أو المحكمة.

يجب على المتحري الا يفترض أن المجني عليه صدر عنه الرضا لاعتبارات ترجع لحرفته أو عمله أو لرفاقه أو عاداته أو مظهره أو ظروفه الاجتماعية أو الاقتصادية، كما يجب عليه تجنب الافتراضات التي تقوم على نوعية علاقات المجني عليه السابقة حتى لو كانت تلك العلاقات تعرض المجني عليه للشبهة . تكون مهمة التحري جمع الحقائق وعرضها في تقرير تحرياته ويترك للمحكمة استنتاج وجود الرضا أو عدم وجوده والتأكد من صحة أقوال المجني عليه أو عدم صحتها، وأن أثبت التحري أن المجني عليه سيء السلوك هذا لا يحول دون تجريم المتهم المتعدي جنسياً خلافاً لرغبة المجني عليه وضد إرادته وأن الهدف من التجريم هو حماية المجني عليه وليس تعديل سلوكه (أبو حيلة ، ١٩٩٣)

الأقوال والمقابلات

أن ما يحدث عادة أن تتم المواقعة في خلوة تامة، وقد لا يتيح المجال وجود شاهد عيان يؤكد أن إتصلاً جنسياً قد وقع سواء كان برضاء أو بدون رضاء المجني عليه، وحتى إذا وجد الشهور الذين يدلون بأقوال عن المواقعة، فإن أقوالهم قد تكون قاصرة على الظروف والملابسات التي يستنتج منها وقوع الفعل الجنسي مثل المحاورات أو المناورات التي تحدث قبل الجريمة أو سماع الآهات والصرخات وأفعال العنف والاستتجاد الذي يحدث أثناء ارتكاب الجريمة، أو الشبهات والظروف التي قد تلاحظ على كلاً من المتهم والمجني عليه مثل ظهور الرعب والخوف عليه أو وجود تمزق على ملابسه أو خدوش على جسمه. وقد يحدث في بعض الأحيان أن تتاح الفرصة لأحد أن يرى ما كان يدور بين المتهم والمجني عليه أثناء ارتكاب الجريمة وهذا أمر نادر الحدوث، وإزاء هذه الظروف فإنه يعول كثيراً على أقوال المجني عليه والمتهم.

أقوال المجني عليه:

على المتحري أن يقوم بأخذ إفادة المجني عليه بكل العناية وفي أقرب فرصة بعد التبليغ مباشرة، وأن يكون الهدف من أخذ الأقوال الحصول على المعلومات الكافية عن وقوع الجريمة وكيفية وقوعها والعلاقة بين طرفي الحادثة، وفي جرائم اغتصاب الأطفال ينبغي على المتحري أن يتحدث مع والدي الطفل أو ولي أمره ليكسب ثقته، كما يمكن للمتحري الاستعانة بشخص يثق به الطفل كالمعلمين أو الأطباء أو الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، أن أخذ أقوال الأطفال يحتاج إلى خبرة ويجب أن يكون بطريقة لبقة ومناسبة لسن الطفل وحالته النفسية والصحية وقت التحري، مع مراعاة ضرورة توجيه الأسئلة اللازمة التي تساعد على كشف الوقائع والحقائق ونجمل هنا النقاط الرئيسية التي يجب أن تشتمل عليها المقابلة مع المجني عليه:

١. إن كانت الجريمة قد وقعت، ما هو الذي حدث على وجه التحديد.
٢. ما إذا كان المجني عليه يعرف الجاني، وما إذا كان سيعطي أوصافه.
٣. ما إذا كانت هناك علاقة أو صلة بين الجاني والمجني عليه.
٤. تحديد عمر المجني عليه.
٥. التأكد عما إذا كان المجني عليه قد شجع الجاني على ارتكاب الجريمة.
٦. التأكد من ظروف حدوث الجريمة كحدوث التهديد والإرهاب أو الغش.
٧. الحصول على المعلومات التي تساعد على تحديد الجاني كالسؤال عن نوع الملابس وخواص المتهم كطريقة مشيته وحركاته وكلماته ورائحته ، مما يفيد في التعرف على مهنة الجاني أو شخصيته.

أقوال المتهم:

غالباً ما يلجأ المتهمون في قضايا الاغتصاب إلى الإنكار المطلق، استناداً إلى أن البيانات الأخرى لن تتوفر ضدهم فتصبح فرص إدانتهم ضعيفة، ولذا يجب على المتحري أن يستجوب المتهم بشكل دقيق و يجمع من البيانات ما يكفي لدحض أي إدعاء من المتهم وعليه أن يلم بوقائع الجريمة ليواجه بها المتهم ويواجهه بأقوال المجني عليه والشهود، ويوضح كل إدعاء صادر منه ويعلله ويسببه. وإذا ما أفضى ذلك الاستجواب إلى إقرار بما ارتكب يجب تسجيله قضائياً بمعنى أن يسأل المتهم

عن الجريمة ويعترف بها أمام أي قاضي قبل الإحالة للمحكمة لأن هذا النوع من الإقرار غير المرجوع عنه يعتبر واحداً من أسباب الإثبات وهذا النوع من الاعتراف هو الذي تنطبق عليه قاعدة الاعتراف سيد الأدلة (سالم، ١٩٩٨).

تدابير الوقاية من الاغتصاب:

أفضل دفاع ضد الاغتصاب هو محاولة منع ذلك كلما أمكن ذلك. وهنا بعض الأشياء للذكور والإناث على حد سواء يمكن القيام بها :

١. تعليم الأطفال بأن الاحترام لا يعني الطاعة العمياء لكل أوامر الكبار وتعليماتهم وطلباتهم.
٢. تعويد الطفل على رفض محاولات الآخرين مس أعضاء جسمه واللعب بها، وأخبار الأسرة فور حدوث مثل هذا الموقف.
٣. مراقبة الأطفال عند اللعب خاصة عندما يختلون بأنفسهم، فقد يقومون بأشياء تعتمد على تقليد الكبار.
٤. عدم السماح للأطفال باللعب مع الكبار والمراهقين.
٥. تجنب الأماكن المنعزلة (وهذا قد يعني حتى غرفتك أو مكتبك أو صفك الدراسي) حتى يثق بالشخص الموجود معه.
٦. تجنب الخروج في وقت متأخر من الليل أو الأوقات التي تقل فيها الحركة وهي غالباً ما تكون ساعات الصباح الأولى ومنتصف الظهيرة (وقت القيلولة).
٧. عدم إنفاق الوقت مع شخص يشعر بعدم الارتياح أو الإزعاج.
٨. أخذ الحذر أثناء الجلوس منفرداً مع الغرباء.
٩. تعرف على ما تريد لذا يجب أن تكون واضح حول ما نوع العلاقة التي تريدها مع أي شخص آخر وما يريده منك الشخص الآخر .
١٠. لا تسمح لنفسك أن تكون خاضع لضغط الأقران أو تشجيعهم على القيام بشيء لا تريد القيام به.
١١. لا تخف من طلب المساعدة إذا شعرت بالتهديد.
١٢. خذ دورات الدفاع عن النفس لأنها تساهم في بناء الثقة وتعليم تقنيات مادية يمكن استخدامها لصد أي مهاجم.

إجراءات السلامة بعد حوادث الاغتصاب:

للأسف ، حتى لو أخذ الشخص كل الاحتياطات، يمكن أن يحدث الاغتصاب، إذا تعرض الشخص للاغتصاب هناك بعض الأشياء التي يمكن القيام بها :

١. الاتصال بمركز المساعدة المجاني التابع لشرطة حماية الأسرة والطفل ٩٦٩٦ واتباع التعليمات.
٢. التحدث إلى أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء ، أو شخص ما تشعر بالأمان معه وتقول لهم ما حدث.
٣. عدم الاستحمام أو تبديل الملابس حفاظاً على الأدلة الجنائية التي من شأنها دعم موقف المجني عليه في القضية.
٤. التوجه لغرفة الطوارئ في المستشفى لمعالجة الإصابات وأثار الإعتداء الجسدية.
٥. إجراء فحص الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً.
٦. أخذ لقاح الايدز خلال مده أقصاها ثلاث ساعات من حدوث الإعتداء.
٧. الحرص على تناول عقار وقف الحمل الذي يمكن أن ينتج عن الاغتصاب.
٨. التوجه لوحدة حماية الأسرة والطفل لإستكمال الإجراءات القانونية ليتم ملاحقة الجاني ومباشرة الدعوة القضائية.
٩. الحصول على الرعاية النفسية والاجتماعية لتخفيف أثار الإعتداء مثل: الخوف، والألم، والفرع، وصعوبة النوم، وغيرها من المشاعر المرتبطة بصدمة الاغتصاب (Richard S. Kingsley,2011)

وحدة حماية الأسرة والطفل:

هي عبارة عن فرع تابع لإدارة أمن المجتمع بشرطة ولاية الخرطوم، تم إنشائها في يناير ٢٠٠٧م كشرطة متخصصة للأطفال تركز على أساليب علمية معايير قانونية محلية و دولية تراعي قيم المجتمع في حماية الأسرة والطفل، في كافة أشكال العنف والانتهاكات.

أهداف فرع حماية الأسرة والطفل:

١. حماية الطفل من الانتهاكات الجنسية، الجسدية، العاطفية، الإهمال.
٢. تقديم الدعم الاجتماعي والنفسي للضحايا وأسرهم.
٣. رفع وعي الأسرة والمجتمع بالانحرافات السلوكية وكيفية التعامل معها.
٤. تدريب الكوادر العاملة في مجال حماية الأسرة والطفل.
٥. إجراء البحوث والدراسات عن حالات الجنوح والانتهاكات ضد الأطفال ورفعها لجهات الاتصال.

أقسام وحدة حماية الأسرة والطفل

١. القسم الجنائي

يهتم هذا القسم بإجراء التحقيق الجنائي بمهنية عالية مع كافة حالات الإساءات والاعتداءات الواقعة على الأطفال دون سن الثامنة عشر داخل وخارج الأسرة.

٢. شعبة الدعم الطبي

يوجد بالفرع عيادة للطب الشرعي يتم فيها الكشف الطبي على حالات الاعتداء المختلفة للضحايا بغرض تحرير اورنيك ٨ جنائي، ورفع العينات وجمع الأدلة لإرسالها إلى المعمل الجنائي باستمارة فحص عينة.

٣. شعبة الدعم النفسي والاجتماعي

يوجد بهذه الشعبة أخصائيين نفسيين واجتماعيين يقومون بإعداد دراسة الحالة النفسية والاجتماعية للطفل، ووضع البرامج العلاجية لكل حالة، وإجراء التدابير الوقائية في مواجهة الطفل الجانح، و إعداد وتقديم التقارير حول الأطفال الجانحين ورفعها للنيابة، كما يقومون بالزيارات الميدانية لأسر الضحايا والأطفال في الدور الإيوائية، ورفع وعي المجتمع بقضايا الطفل وحقوقه.

٤. شعبة الدعم القانوني

تهتم هذه الشعبة بالدفاع عن حقوق الضحايا وتمثيلهم أمام المحاكم ومتابعة بلاغاتهم، وتقديم الاستشارات القانونية مجاناً، وفق الوعي القانوني في المجتمع.

٥. شعبة البحوث والتدريب

تهتم هذه الشعبة برفع كفاءة العاملين بالفرع والمؤسسات الشريكة في حماية الأسرة والطفل، من خلال تقديم الدورات التدريبية والمحاضرات ، كما تهتم بالبحث العلمي وتقوم بالتنسيق مع المؤسسات البحثية والأكاديمية المختلفة.

٦. خط مساندة الأطفال

تسمى هذه الخدمة بالخط الساخن وهي خدمة الاتصال المجاني بالرقم ٩٦٩٦ لاستقبال البلاغات والشكاوي، وتقديم النصح والاستشارات، والتعاون والتنسيق بين إدارات الشرطة المختلفة.

ترى الباحثة أن جريمة الاغتصاب وحش يلتهم المجتمع ويعصف بقيمه ودينه ويؤثر ليس على المجني عليه والجاني وحسب بل على أسرته ومدرسته وحيه وبالتالي كافة المجتمع لذا يتوجب على المختصين وأصحاب القرار اتخاذ المزيد من الإجراءات لوضع برامج الوقاية من الدرجة الأولى مهما بلغت النفقات المترتبة عليها لأنها ستحمي المجتمع وتحافظ على نسيجه كما أنها ستقلل من النفقات التي ستبذلها من أجل برامج الوقاية من الدرجة الثانية والثالثة. على الرغم من الجهود الجبارة التي تبذلها شرطة حماية الأسرة والطفل في توعية وتنقيف الأطفال والراشدين حول حقوق الطفل إلا أن هذه الجهود تحتاج المزيد من العمل والتعاون من المؤسسات المختلفة.

المبحث الرابع

الدراسات السابقة

تمهيد:

أن الدراسات السابقة هي المعين العلمي الذي ينهل منه طلاب العلم والباحثين ليتعرفوا على الظاهرة موضوع دراستهم بصورة أكبر من خلال جهود السابقين لهم في ميدان البحث العلمي، لذا ستقوم الباحثة في هذا المبحث بعرض عدد من الدراسات السابقة المرتبطة بجميع مفردات الدراسة ابتداءً بالدراسات التي تناولت تصميم البرامج العلاجية تبعاً لمنهج العلاج المعرفي السلوكي، ثم الدراسات التي تناولت اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والدراسات التي تناولت اضطراب ضغوط مابعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب وأخيراً الدراسات التي تناولت الآثار النفسية للاغتصاب.

أ. الدراسات المتناولة لبرامج العلاج المعرفي السلوكي:

أولاً: دراسة عبد الرحمن عبد المجيد (٢٠٠٠م) السودان

هدف الدراسة:

١. معرفة إمكانية تطبيق برنامج للعلاج المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية.
٢. مقارنة فاعلية هذا البرنامج بفاعلية العقاقير والعلاج بالبرنامج المزدوج.
٣. معرفة العلاقة بين درجة التحسن في الاكتئاب وعدد المتغيرات التي تتضمن النوع والمستوى التعليمي ودرجة التدين وحدة المرض وفترته والحالة الاجتماعية.

عينة الدراسة:

٥٠ مريضاً من مرضى الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية المترددين على مراكز العلاج النفسي بولاية الخرطوم وبعض العيادات الخاصة. وتم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات الأولى تتكون من ١٣ مريض استخدم في علاجهم البرنامج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية، الثانية تتكون من ٢١ مريضاً استخدم في علاجهم البرنامج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية إلى

جانب العلاج بالعقاقير. المجموعة الثالثة تتكون من ١٥ مريض أستخدم في علاجهم العقاقير فقط.

منهج الدراسة:

أستخدم الباحث المنهج التجريبي.

أدوات الدراسة:

١. مقياس بيبك المصغر للاكتئاب.
٢. مقياس الاتجاهات السالبة لوائسمان.
٣. مقياس درجة التدين.

نتائج الدراسة:

١. فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية في تحقيق التحسن لمرض الاكتئاب.
 ٢. فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية في تخفيف الاتجاهات السالبة.
 ٣. وجود علاقة ارتباطية بين درجة التحسن في الاكتئاب والتحسين في الاتجاهات السالبة داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية.
 ٤. عدم وجود فروق في الاستجابة للبرنامج العلاجي بين درجة التدين والنوع والعمر والمستوى التعليمي وفترة المرض وحدة المرض والحالة الاجتماعية.
- ثانياً: دراسة حازم محمد صالح قواقنه (٢٠٠٩م) سوريا

هدف الدراسة:

١. التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى مدمني المخدرات.
٢. التعرف على أثر البرنامج المعرفي السلوكي في خفض القلق لدى مدمني المخدرات.
٣. التعرف على أثر البرنامج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى مدمني المخدرات.

منهج الدراسة:

اتبع الباحث المنهج التجريبي في هذه الدراسة.

عينة الدراسة:

اختيرت عينة الدراسة بطريقة قصدية، وتكونت من ٣٠ مدمن مخدرات.

أدوات الدراسة:

١. برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

٢. مقياس المهارات الاجتماعية.

٣. مقياس الاكتئاب.

٤. مقياس بيك.

نتائج الدراسة:

١. وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة، في المهارات الاجتماعية.

٢. وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في القلق.

٣. وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في الاكتئاب.

ثالثاً: دراسة هدى بنت صالح السيلان (٢٠٠٣م) المملكة العربية السعودية

هدف الدراسة:

التعرف على فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض السلوك العدواني لدى المراهقات المحرومات من الرعاية الأسرية.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي.

عينة الدراسة:

٣٠ فتاة من دار التربية الاجتماعية للبنات.

نتائج الدراسة:

١. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات السلوك

العدواني القبلي بين المجموعتين.

٢. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات السلوك العدواني البعدي بين المجموعتين.

٣. وجود علاقة ارتباطية بين البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي وخفض السلوك العدواني.

رابعاً: دراسة غادة متوكل محمد آدم (٢٠١٠م) السودان

هدف الدراسة :

١. التعرف على فاعلية العلاج السلوكي المعرفي لمدمني الكحول.

٢. التعرف على مدى استجابة المدمنين للعلاج المعرفي السلوكي.

منهج الدراسة:

اتبعت الباحثة في هذه الدراسة المنهج التجريبي.

عينة الدراسة:

عشرون مريضاً من مدمني الكحول، تتراوح أعمارهم ما بين ١٨ إلى ٥٥ سنة.

أدوات الدراسة:

١. دراسة الحالة

٢. مقياس تايلور للقلق.

٣. مقياس بيك للاكتئاب.

٤. برنامج العلاج السلوكي المعرفي.

نتائج الدراسة:

١. ليس هناك آثار ايجابية في تطبيق العلاج السلوكي المعرفي على حالات إدمان الكحول.

٢. لا توجد فرق دالة إحصائية في فاعلية العلاج السلوكي المعرفي تعزى لمتغير العمر.

٣. لا توجد فرق دالة إحصائية في فاعلية العلاج السلوكي المعرفي تعزى لمستوى التعليم.

ب. الدراسات المتناولة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

أولاً: دراسة رقية أحمد صابون (٢٠١٠م) السودان

هدف الدراسة:

علاقة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بالسلوك العدواني ومفهوم الذات لدى الأطفال بولاية جنوب كردفان.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة منهج الوصفي الارتباطي.

عينة الدراسة:

ثلاث مائة تلميذ وتلميذة بمرحلة الأساس تتراوح أعمارهم بين ٦ الى ١٥ سنة

أدوات الدراسة:

١. مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لبانوس ونادر فريدريك.

٢. مقياس السلوك العدواني لبص وبيري.

٣. مقياس مفهوم الذات.

نتائج الدراسة:

١. ارتفاع درجة اضطراب ما بعد الصدمة وانخفاض درجة العدوان وانخفاض مفهوم الذات.

٢. لا توجد علاقة دالة إحصائية بين العدوان وانخفاض مفهوم الذات تعزى لمتغير النوع.

٣. توجد علاقة دالة إحصائية بين العدوان وانخفاض مفهوم الذات تعزى لمتغير العمر.

ثانياً: دراسة بيداء طقاقة (٢٠٠٧م) فلسطين

هدف الدراسة:

التعرف على أعراض ما بعد الصدمة لدى أطفال الشهداء كما تدركها أمهاتهم.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٧٠ من أمهات أطفال الشهداء الفلسطينيين.

أدوات الدراسة:

مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

نتائج الدراسة:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال الشهداء كما تدركها الأمهات في فلسطين تعزى لمتغير الجنس.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال الشهداء كما تدركها الأمهات في فلسطين تعزى لمتغير العمر.
٣. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال الشهداء كما تدركها الأمهات في فلسطين تعزى لمتغير المستوى التعليمي للطفل.
٤. درجة أعراض ما بعد الصدمة لدى الأطفال الشهداء كما تدركها الأمهات كانت مرتفعة.

ثالثاً: دراسة إيمان عبد الرسول محمد بشارة (٢٠١١م) السودان

هدف الدراسة:

التعرف على اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بسمات الشخصية للنساء النازحات بمعسكرات جنوب دارفور.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٥٠ امرأة نازحة.

أدوات الدراسة:

١. مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
٢. مقياس سمات الشخصية.

نتائج الدراسة:

١. يتسم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بالارتفاع.
 ٢. تتسم سمات الشخصية لدى النازحات بالارتفاع.
 ٣. توجد علاقة ارتباطية موجبه بين سمات الشخصية واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى النساء النازحات.
 ٤. هناك تفاعل بين الحالة الاجتماعية والفترات الزمنية على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
- ج. الدراسات المتناولة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب

أولاً: دراسة محمد إبراهيم أحمد إبراهيم (٢٠٠٩) السودان
هدف الدراسة:

١. التعرف على وجود اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا الاغتصاب.
٢. التعرف على العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة وبعض المتغيرات مثل النوع ، العمر ، المستوى التعليمي ، للطفل ، المستوى التعليمي للوالدين ، نوع السكن.

عينة الدراسة:

٣٠ طفل من الذكور والإناث اللذين تعرضوا للاغتصاب.

منهج الدراسة:

أتبع الباحث المنهج الوصفي.

أدوات الدراسة:

مقياس اضطراب ما بعد الصدمة من تصميم الباحث.

نتائج الدراسة:

١. تتسم درجة اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المغتصبين بالانخفاض.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير النوع.

٣. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير العمر لصالح الأكبر عمراً.
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير السكن.
٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير تعليم الطفل.
٦. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير تعليم الأب.
٧. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لمتغير تعليم الأم.

ثانياً: دراسة سهير محمد أحمد محمود (٢٠١٠) السودان

هدف الدراسة:

١. التعرف على فاعلية برنامج العلاج باللعب لتخفيف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب.
٢. التعرف على العلاقة بين الاستجابة لبرنامج العلاج باللعب وبعض المتغيرات وهي: النوع، العمر، فترة الإصابة، المستوى التعليمي للوالدين.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ١٦ طفل من الذكور والإناث الذين تعرضوا للاغتصاب.

منهج الدراسة:

أتبعت الباحثة المنهج التجريبي.

أدوات الدراسة:

١. برنامج العلاج باللعب الذي أعدته الباحثة.
٢. مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

نتائج الدراسة:

١. ارتفاع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب.

٢. فاعلية البرنامج العلاجي باللعب في تخفيف اضطراب ما بعد الصدمة.
٣. وجود فروق في فاعلية البرنامج العلاجي بين الذكور والإناث لصالح الإناث.
٤. لا توجد فروق في فاعلية البرنامج العلاجي تبعاً للمرحلة العمرية.
٥. لا توجد فروق في فاعلية البرنامج العلاجي تبعاً لفترة الإصابة.
٦. لا توجد فروق في فاعلية البرنامج العلاجي تبعاً لمستوى تعليم الوالدين.

د- الدراسات المتناولة للاغتصاب

أولاً: دراسة سحر خليل محمد علي (٢٠٠٩) السودان

هدف الدراسة:

١. التعرف على الضغوط النفسية للأطفال اللذين تعرضوا لجرائم الاغتصاب.
٢. التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب و بعض المتغيرات وهي النوع، العمر.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٤٠ طفل من اللذين تعرضوا لجرائم الاغتصاب من الذكور والانات وتتراوح أعمارهم بين ٦ و ١٢ سنة.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي.

أدوات الدراسة:

مقياس الضغوط النفسية للأطفال والذي قامت بتصميمه الباحثة.

نتائج الدراسة:

١. تتسم الضغوط النفسية لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بالارتفاع الدال إحصائياً.
٢. لا توجد فروق دالة إحصائياً في الضغوط النفسية لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب نظراً لمتغير العمر.
٣. لا توجد فروق دالة إحصائياً في الضغوط النفسية لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب نظراً لمتغير النوع.
٤. يوجد تفاعل دال إحصائياً بين نوع الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب

- وأعمارهم على البعد النفسي في الضغوط النفسية.
٥. لا يوجد تفاعل دال إحصائياً بين نوع الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب وأعمارهم على البعد الاجتماعي في الضغوط النفسية.
٦. لا يوجد تفاعل دال إحصائياً بين نوع الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب وأعمارهم على البعد الفسولوجي في الضغوط النفسية.

ثانياً: دراسة زرياب البداينة (٢٠٠٧م) الأردن

هدف الدراسة:

التعرف على مفهوم الذات لدى الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب.

منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي.

عينة الدراسة:

اشتملت عينة البحث من ٧٠ طفل تتراوح أعمارهم بين ٦ و ١٨ سنة من الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب.

أدوات الدراسة:

مقياس مفهوم الذات.

نتائج الدراسة:

١. تدني مفهوم الذات لدى الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب.
٢. توجد فروق داله إحصائيا في مفهوم الذات بين الأطفال الذين تعرضوا لجرائم الاغتصاب تعزى لمتغير النوع لصالح الذكور.
٣. توجد فروق داله إحصائيا في مفهوم الذات بين الأطفال الذين تعرضوا لجرائم الاغتصاب تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأطفال.
٤. توجد فروق داله احصائياً في مفهوم الذات بين الأطفال الذين تعرضوا لجرائم الاغتصاب تعزى لمتغير العمر لصالح الأطفال الأكبر سناً.

ثالثاً: دراسة هادية محمد صوالحة (٢٠٠٧) سوريا

هدف الدراسة:

التعرف على الضغوط النفسية لدى الأطفال ضحايا الاغتصاب.

منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي.

عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على ٥٠ طفل وطفلة تتراوح أعمارهم بين ٦ و ١٨ سنة من الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب.

أدوات الدراسة:

مقياس الضغوط النفسية.

نتائج الدراسة :

١. تتسم الضغوط النفسية لدى الأطفال ضحايا الاغتصاب بالارتفاع.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية بين الأطفال ضحايا الاغتصاب تعزى لمتغير النوع لصالح الإناث.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية بين الأطفال ضحايا الاغتصاب تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية بين الأطفال ضحايا الاغتصاب تعزى لمتغير العمر.

رابعاً: دراسة ليندا ريتشر (٢٠٠٦م) جنوب أفريقيا

هدف الدراسة:

التعرف على الضغوط النفسية لدى الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب.

منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي.

عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على ١٠٠ طفل وطفلة تتراوح أعمارهم ما بين ٦ و ١٢ سنة من الذين تعرضوا للاغتصاب.

أدوات الدراسة:

١. مقياس الضغوط النفسية.
٢. مقياس السلوك العدواني.
٣. مقياس القلق.
٤. مقياس الاكتئاب.

نتائج الدراسة:

١. تتسم الضغوط النفسية لدى الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب بالارتفاع.
٢. لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجة الضغوط النفسية.
٣. يتسم السلوك العدواني لدى الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب بالانخفاض.
٤. توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب في القلق لصالح الذكور.
٥. توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب في الاكتئاب لصالح الإناث.

التعليق على الدراسات السابقة:

لقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة أثناء مرحلة جمع المعلومات قبل الشروع في كتابة هذه الدراسة، واستطاعت التعرف على السمات العامة للأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب، ومظاهر الاضطرابات النفسية التي قد يتعرضوا لها واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بشكل دقيق، واستطاعت من خلالها التعرف على طرق تصميم برامج العلاج المعرفي السلوكي، رغم قلتها وخصوصاً تلك التي تتناول للأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب، مما بعث لدى الباحثة إحساس أعمق بمشكلة الدراسة أعانها على المثابرة لتحقيق الغاية المنشودة من هذه الدراسة وتقديم برنامج علمي مفيد يعين الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب على تجاوز الصدمة.

وتلتقي هذه الدراسة مع الدراسات السابقة الواردة في هذا المبحث في بعض المفردات إلا أنها تختلف عنهم جميعاً لأنها تعتبر الدراسة الأولى من نوعها بحسب علم الباحثة التي تقدم تصميم برنامج علاجي يقوم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي بغرض خفض درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب، كما أنها الوحيدة التي تدرس تأثير الأحكام القضائية على الاستجابة للبرنامج العلاجي ودرجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب.

الفصل الثالث

منهج وإجراءات الدراسة

الفصل الثالث

منهج وإجراءات الدراسة

تمهيد:

عُرف عن عالم النفس الأمريكي جورج كيلي أنه كان مغرمًا بتعبير يردده وهو (أن كل الناس علماء). وهو لا يعني بذلك أن جميع البشر يقضون حياتهم في المعامل والمكتبات، ولكن يعني أنه لكي ينجح الناس في بيئتهم المعقدة التي يعيشون فيها، فهم مضطرون لجمع المعلومات باستمرار وفهمها ثم التنبؤ بما سيحدث مستقبلاً، ومما لاشك فيه أن النقطة الجوهرية التي تلتقي فيها كلاً من الحياة الناجحة والعلم هي محاولات الفهم والتنبؤ والضبط. وفي بعض الأحيان تتفق تنبؤات العامة مع نتائج البحث العلمي، لكن العلماء يختلفون عن العامة لأنهم أكثر وعي بعمليات البحث، وأنهم يحاولون على مستوى الشعور الالتزام بمنهج العلم، والسير بطريقة منظمة وفق قواعد وإجراءات محددة. وأن هذا الالتزام بالإجراءات المقننة هو ما يميز النتائج التي يتوصل لها العلماء والباحثين ويعطيها مصداقية تمكن أهل الاختصاص من وضع استراتيجياتهم بناءً عليها (دوبدار، ١٩٩٥).

أن نمط الحياة المتسارع والمليء بالمتغيرات، وتفاعل البشر معه تنتج عنه أنماط سلوكية مختلفة، ولهذه المسببات تزداد الحوجة لفهم السلوك البشري بشكل منفتح على كل المتغيرات البيئية والاجتماعية والنفسية والصحية والاقتصادية والسياسية بشكل منظم يمكن الوثوق في النتائج الصادرة عنه. لذا أن أنسب الطرق لتفسير الظواهر ومعرفة مدى ارتباطها بغيرها من العوامل والتأكد من صدق الافتراضات هو البحث العلمي المنهجي لذا ستذكر الباحثة في هذا الفصل كل الإجراءات المنهجية التي قامت بها في سبيل تنفيذ هذه الدراسة.

أولاً: منهج الدراسة

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي في هذه الدراسة.

يقول علام (٢٠٠٦) أن المنهج التجريبي هو تغير شيء ما وملاحظة أثر هذا التغير على شيء آخر.

يشير مورفي (١٩٩٥) إن أهم حدث في علم النفس الحديث هو إدخال المنهج التجريبي والاعتماد عليه بشكل واضح. ففي هذا المنهج لا يقف الباحث عند مجرد وصف موقف أو تحديد حالة أو تاريخ للحوادث الماضية، وبدلاً من أن يقصر

نشاطه على ملاحظة ما هو موجود ووصفه، يقوم عامداً بمعالجة عوامل معينة، تحت شروط مضبوطة بدقة ، لكي يتحقق من كيفية حدوث حادثة معينة، ويحدد أسبابها.

أسباب استخدام هذا المنهج:

١. هو أكثر مناهج البحث دقة وشمولاً.
٢. يتناسب مع طبيعة هذه الدراسة دون غيره من المناهج.
٣. يمكن تكراره تحت نفس الشروط للحصول على نفس النتائج.
٤. يمكن بواسطته التحكم في أكبر عدد ممكن من المتغيرات.

التصميم التجريبي:

لقد استخدمت الباحثة منهج المجموعة الواحدة، ويعتمد هذا التصميم على مجموعة واحدة من المفحوصين، يقوم الباحث بملاحظتهم قبل وبعد تطبيق المتغير المستقل، ويقاس مقدار التغير الذي يحدث ، إذا ما حدث تغير.

لتصميم المجموعة الواحدة مميزات وحدود، فهو سهل الاستخدام، لكن لا يمكن أن تعزى النتائج فقط للمتغير المستقل إنما المتغيرات الأخرى مثل النوع، والعمر، ومستوى التعليم، وغيرها قد تلعب دور كبير في النتائج.

المتغيرات:

١. المتغير المستقل Independent

هو المتغير أو العامل الذي يغير، يضعه الباحث ليدرس الآثار المترتبة عليه. المتغير المستقل في هذه الدراسة هو برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح.

٢. المتغير التابع Dependent

هو المتغير الذي يتغير بسبب العامل المستقل وهو ما ينعكس عليه آثار المتغير المستقل، إذا كانت ثمة علاقة بينهما. المتغير التابع في هذه الدراسة هي درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب.

٣. المتغيرات الأخرى

هي المتغيرات الدخيلة التي تؤثر على المتغير التابع والتي يحاول الباحث ضبطها بمقارنة بعضها ببعض. المتغيرات الأخرى في هذه الدراسة التي سعت الباحثة لتثبيتها هي:

أ. النوع.

اشتملت عينة الدراسة على الأطفال من الذكور والإناث.

ب. تعليم الوالدين

تم تقسيم أفراد العينة بحسب المستوى التعليمي للوالدين إلى:

١. أميين.

٢. تعليم أساسي.

٣. تعليم ثانوي

ج. الحكم القضائي في قضية الاغتصاب.

وتم تقسيم عينة الدراسة بحسب الحكم القضائي الذي نالوه في القضية إلى:

١. حكم إيجابي

ويقصد به أنه تم إثبات تهمة جريمة الاغتصاب بحق الجاني وإدانته وتنفيذ الحكم بحقه.

٢. حكم سلبي.

ويقصد به عدم ثبوت تهمة الاغتصاب بحق الجاني وإسقاط الدعوى الجنائية.

ثانياً: مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من ٩٠ طفل وطفلة تتراوح أعمارهم من ١٢ إلى ١٨ سنة بمتوسط ١٥ سنة، من الذكور والإناث الذين سبق وأن تعرضوا للاغتصاب الجنسي، والمدونة بلاغاتهم في أقسام وحدة حماية الأسرة والطفل بولاية الخرطوم في الفترة من يناير ٢٠٠٩ وحتى فبراير ٢٠١١م.

عينة الدراسة:

العينة هي جزء من مجتمع كبير، وعندما يتم اختيار العينة اختياراً مناسباً فإنه يمكن أن يستخدم لوصف المجتمع بقدر كبير من الدقة، ويجب أن تكون العينة ممثلة للمجتمع بحيث لا تقل عن ١٠% من المجتمع المراد وصفه (علام، ٢٠٠٦).

أ. طريقة اختيار العينة

تم اختيار العينة لهذه الدراسة بالطريقة القصدية، ويعني به الاختيار بقصد معين، عادة ما توجد مجموعة بعينها يبحث عنها الباحث مثل: الطلاب، الموظفين، المتفوقين، المجرمين، المغتصبين وغيرهم.

تكون العينة القصدية مفيدة في الحالات التي يرغب فيها التوصل إلى العينة المعنية بسرعة (دويدار، ١٩٩٥).

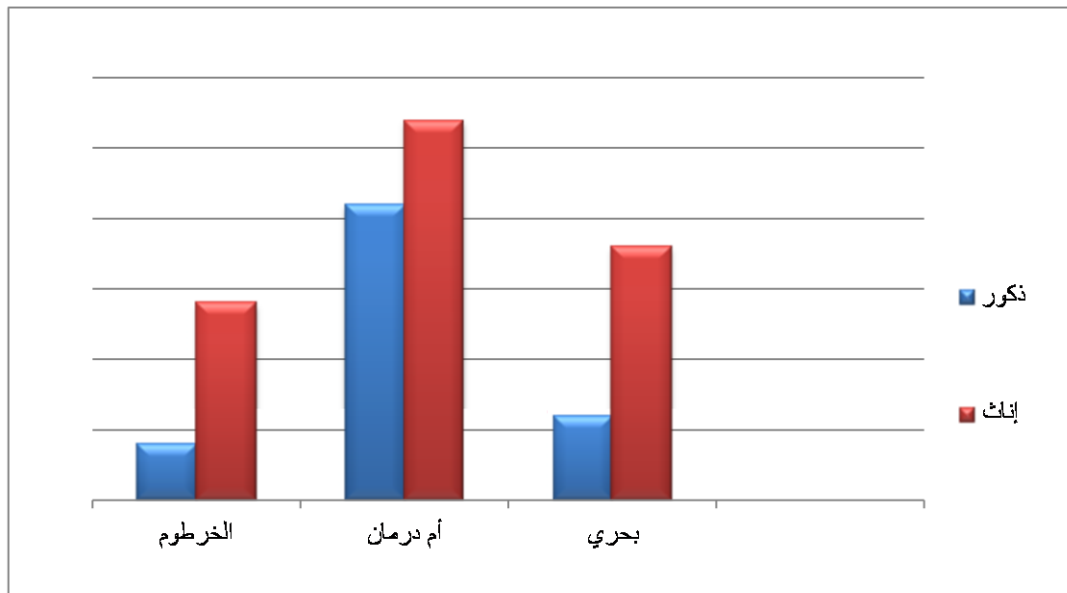
ب. توزيع العينة

تكونت العينة الأساسية من ٩٠ طفل وطفلة في مدن ولاية الخرطوم الثلاثة الخرطوم، بحري، أم درمان.

جدول رقم (٩) يوضح توزيع العينة بحسب المدينة والنوع

النوع	عدد أفراد العينة	المدينة
ذكور	١٨	الخرطوم (قسم المقرن)
إناث	٤	أم درمان (قسم مدينة النخيل)
٢٧	٢٤	بحري (قسم الفيحاء)
١٨	٩٠	المجموع
٤٩	٣١	

شكل رقم (١٣) يوضح توزيع العينة بحسب المدينة والنوع



جدول رقم (١٠) يوضح توزيع العينة بحسب النوع والمدينة بالنسبة المئوية

النوع	نسبة أفراد العينة		المدينة
	ذكور	إناث	
الخرطوم (قسم المقرن)	%٤٠	%٦٠	%٢٠
أم درمان (قسم مدينة النخيل)	%٤٤	%٥٦	%٥٤
بحري (قسم الفيحاء)	%٢٥	%٧٥	%٢٦
المجموع	%٣٥	%٦٥	%١٠٠

تم الحصول على بيانات أفراد العينة من مضابط شرطة حماية الأسرة والطفل، ولكن بعد الاتصال بأفراد العينة تم اكتشاف عدم صحة بعض البيانات بسبب تغير أرقام الهواتف، لذا تم استبعادهم فكانت العينة كالآتي:

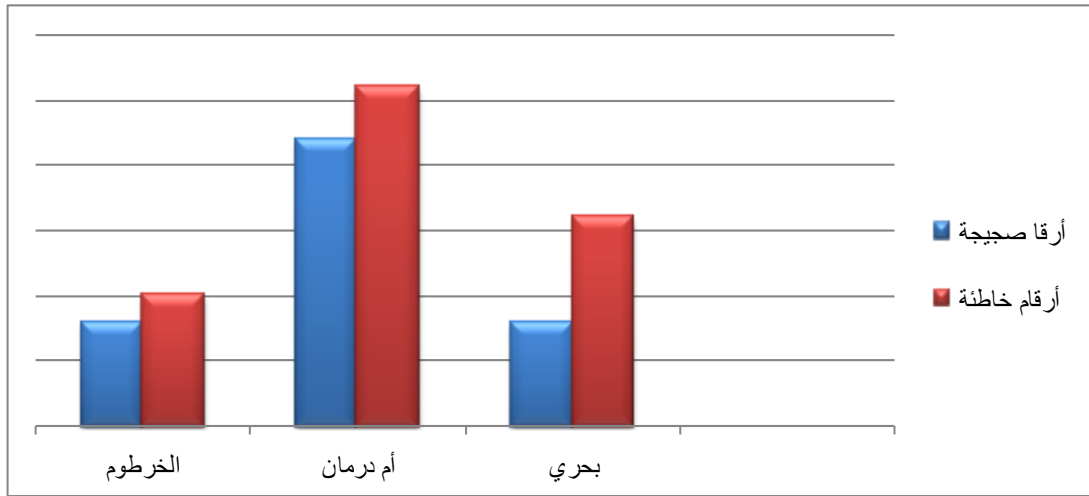
جدول رقم (١١) يوضح الأفراد المستبعدين من العينة

المدينة	عدد الأرقام	الأرقام الصحيحة	الأرقام الخاطئة
الخرطوم	١٨	٨	١٠
أم درمان	٤٨	٢٢	٢٦
بحري	٢٤	٨	١٦
المجموع	٩٠	٣٨	٥٢

جدول رقم (١٢) يوضح الأفراد المستبعدين من العينة بالنسبة المئوية

المدينة	نسبة الأرقام	الأرقام الصحيحة	الأرقام الخاطئة
الخرطوم	%٢٠	%٤٥	%٥٥
أم درمان	%٥٤	%٤٦	%٥٤
بحري	%٢٦	%٣٤	%٦٦
المجموع	%١٠٠	%٤٢	%٥٨

شكل رقم (١٤) يوضح الأفراد المستبعدين من العينة



نتيجة لخطاء بعض أرقام الهواتف تقلص حجم العينة وأصبح ٣٨ طفل وطفلة موزعين على المدن كالآتي:

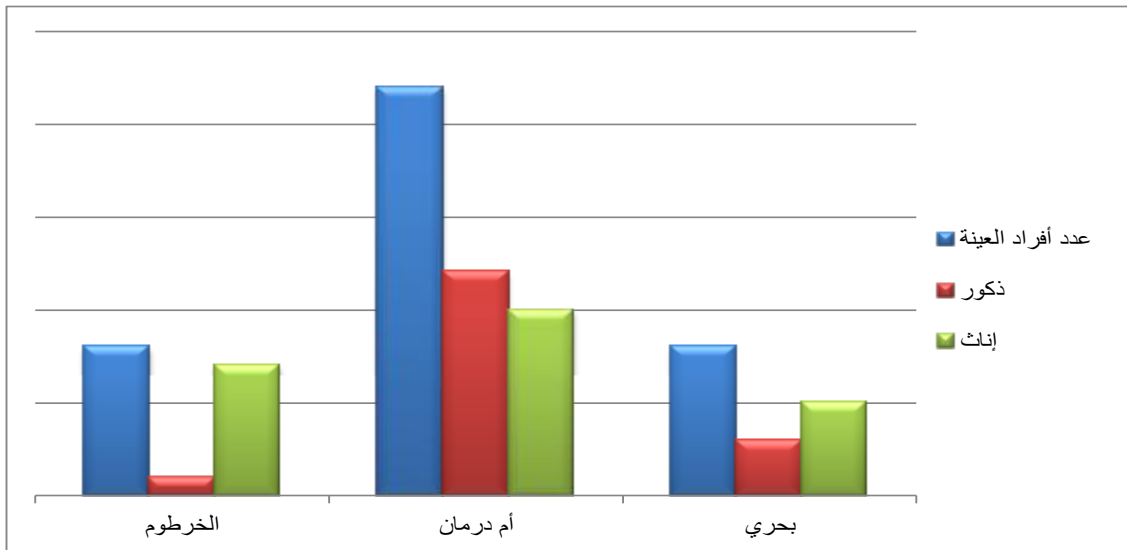
جدول رقم (١٣) يوضح التوزيع الجغرافي لعينة الدراسة

النوع	عدد أفراد العينة	المدينة
ذكور	إناث	
١	٧	الخرطوم
١٢	١٠	أم درمان
٣	٥	بحري
١٦	٢٢	المجموع

جدول رقم (١٤) يوضح التوزيع الجغرافي لعينة الدراسة بالنسبة المئوية

النوع	عدد أفراد العينة	المدينة
ذكور	إناث	
١٢, ٥ %	٨٧, ٥ %	الخرطوم
٥٥ %	٤٥ %	أم درمان
٣٧, ٥ %	٦٢, ٥ %	بحري
٤٣ %	٥٧ %	المجموع

شكل رقم (١٥) يوضح التوزيع الجغرافي لعينة الدراسة



لقد أجرت الباحثة عدة اتصالات هاتفية بأسر الأطفال لتعرض عليهم فكرة البرنامج، ولقد تجاوبت بعض الأسر وأبدت موافقتها بينما رفضت أسر أخرى التعاون بشكل قاطع ويعود هذا الرفض للخوف من الوصمة الاجتماعية، والاعتقاد الخاطئ أن إحضار الطفل للقسم مرة أخرى سيؤثر عليه سلباً والبعض الآخر اعتذروا عن التعاون لظروف لا تسمح لهم بالحضور للقسم مثل، عدم وجود شخص يحضر الطفل للجلسات ، أو تغيير مكان الإقامة خارج ولاية الخرطوم.

وتم استبعاد بعض أفراد العينة لعدة أسباب وهي:

١. خلوهم من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد تطبيق استمارة الرعاية.
٢. رفض أسرة الطفل.
٣. عدم وجود شخص يحضر الطفل للقسم.
٤. تغيير مكان الإقامة خارج ولاية الخرطوم.

جدول رقم (١٥) يوضح أسباب استبعاد بعض أفراد العينة بحسب التوزيع

الجغرافي والنوع

النوع		العدد	المدينة	سبب الاستبعاد
إناث	ذكور			
١	١	٢	الخرطوم	الخلو من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
—	٢	٢	أم درمان	
—	١	١	بحري	

الخرطوم	١	-	١	رفض الأسرة.
أم درمان	٤	٢	٥	
بحري	٥	١	٤	
الخرطوم	١	-	١	عدم وجود شخص يحضر الطفل للجلسات.
أم درمان	٣	١	٢	
بحري	صفر	-	-	
الخرطوم	١	-	١	تغير مكان الإقامة خارج ولاية الخرطوم.
أم درمان	٣	١	٢	
بحري	٢	١	١	

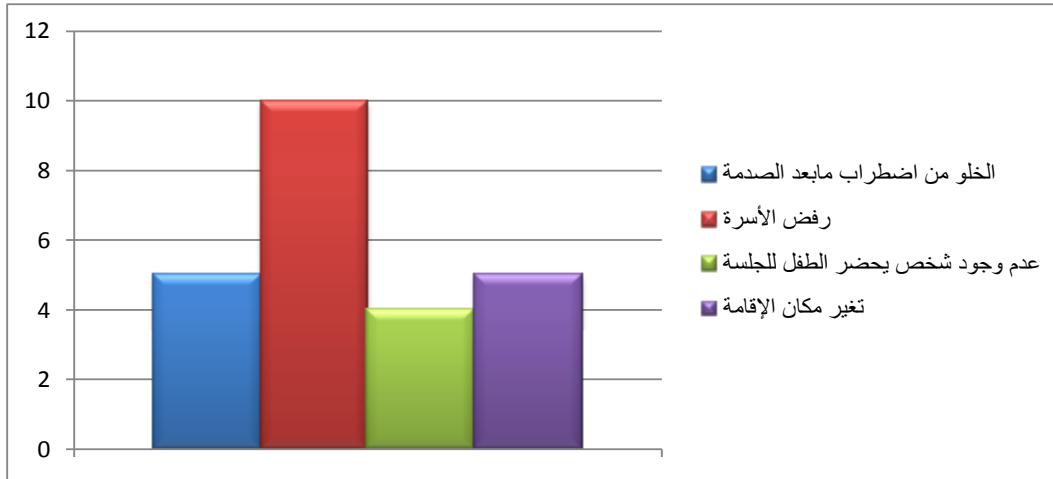
جدول رقم (١٦) يوضح افراد العينة المستبعدين بحسب الأسباب والتوزيع الجغرافي

المدينة			العدد	سبب الاستبعاد
الخرطوم	أم درمان	بحري		
٢	٢	١	٥	الخلو من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
١	٤	٥	١٠	رفض أسرة الطفل.
١	٣	صفر	٤	عدم وجود شخص يحضر الطفل للقسم.
١	٣	٢	٦	تغير مكان الإقامة خارج ولاية الخرطوم.
٥	١٢	٨	٢٥	المجموع

جدول رقم (١٧) يوضح أسباب استبعاد بعض أفراد العينة بالنسبة المئوية

المدينة			النسبة	سبب الاستبعاد
الخرطوم	أم درمان	بحري		
%٤٠	%٤٠	%٢٠	%١٤	الخلو من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
%١٠	%٤٠	%٥٠	%٢٧	رفض أسرة الطفل.
%٣٥	%٧٥	%٠	%١٣	عدم وجود شخص يحضر الطفل للقسم.
%٢٠	%٦٠	%٢٠	%١٦	تغير مكان الإقامة خارج ولاية الخرطوم.
%١٤	%٣٢	%٢١	%٦٧	المجموع

شكل رقم (١٦) يوضح أسباب استبعاد بعض أفراد العينة



ج. عينة البرنامج

بعد كل المراحل السابقة التي مر بها أفراد العينة تم التوصل الي العينة المشاركة في البرنامج وقدرها ١٢ طفل وطفلة ٦ ذكور و ٦ إناث، موزعين على مدينتي ولاية الخرطوم (الخرطوم، وأم درمان) بعد استبعاد كافة الأفراد من مدينة بحري، وتم توزيع أفراد العينة بحسب المتغيرات الأخرى مثل النوع والتعليم والحكم القضائي.

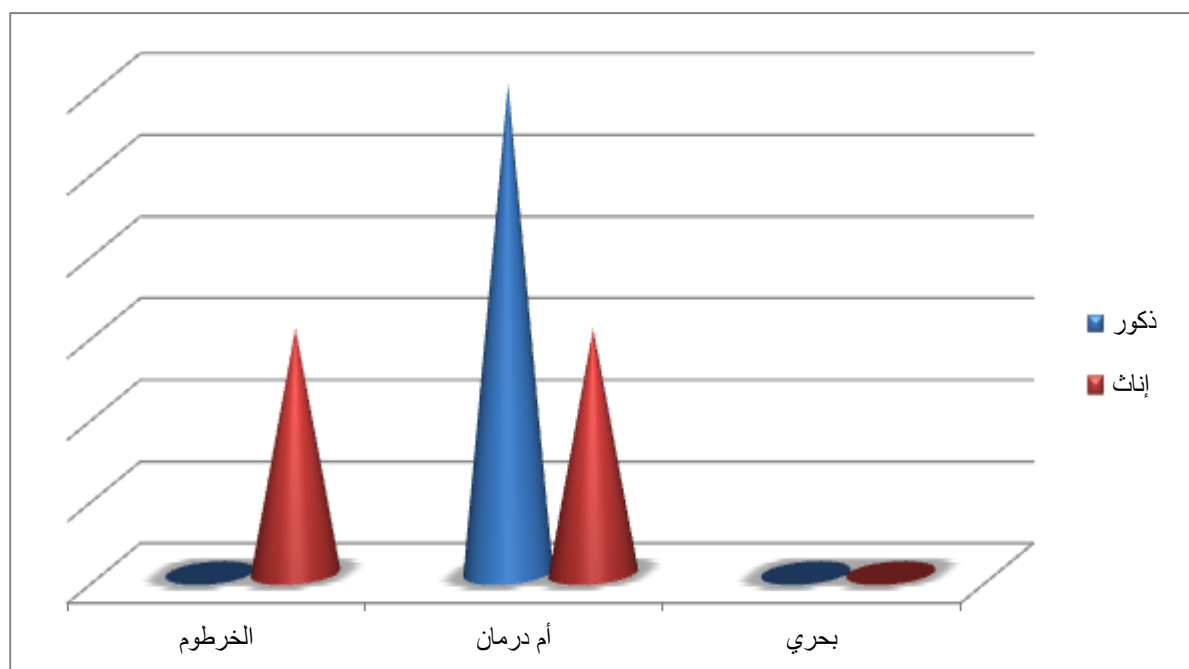
جدول رقم (١٨) يوضح توزيع عينة البرنامج بحسب التوزيع الجغرافي.

النوع	العدد	المدينة
ذكور	إناث	
٣	٣	الخرطوم
٦	٣	أم درمان
٠	٠	بحري
٦	٦	المجموع

جدول رقم (١٩) يوضح توزيع عينة البرنامج بحسب التوزيع الجغرافي بالنسب المئوية.

النوع	النسبة	المدينة
ذكور	إناث	
٠%	٢٥%	الخرطوم
٥٠%	٢٥%	أم درمان
٠%	٠%	بحري
٥٠%	٥٠%	المجموع

شكل رقم (١٧) يوضح توزيع عينة البرنامج بحسب التوزيع الجغرافي.



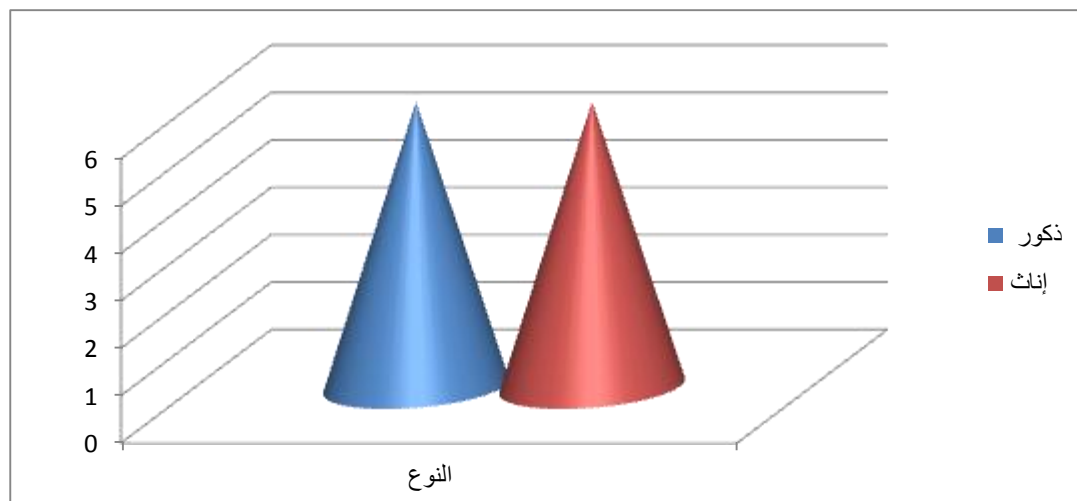
جدول رقم (٢٠) يوضح توزيع عينة البرنامج بحسب متغير النوع وتعليم الوالدين والحكم القضائي.

النوع		تعليم الوالدين			الحكم القضائي	
ذكور	إناث	أمي	أساسي	ثانوي	إيجابي	سلبي
٦	٦	٣	٣	٦	٦	٦

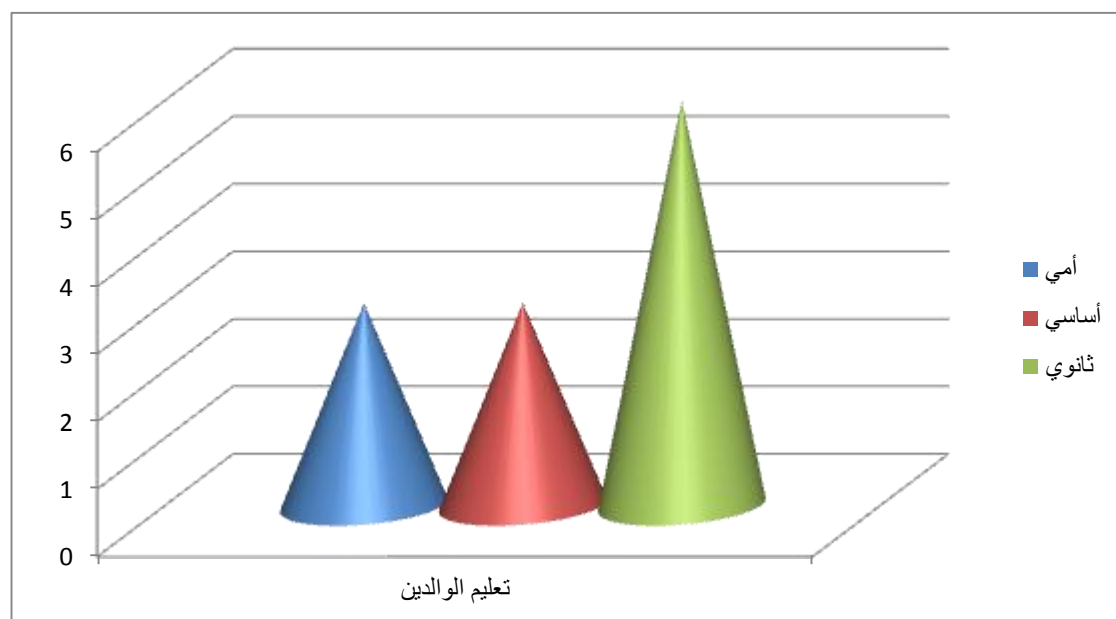
جدول رقم (٢١) يوضح توزيع عينة البرنامج بحسب متغير النوع وتعليم الوالدين والحكم القضائي بالنسبة المئوية.

النوع		تعليم الوالدين			الحكم القضائي	
ذكور	إناث	أمي	أساسي	ثانوي	إيجابي	سلبي
%٥٠	%٥٠	%٢٥	%٢٥	%٥٠	%٥٠	%٥٠

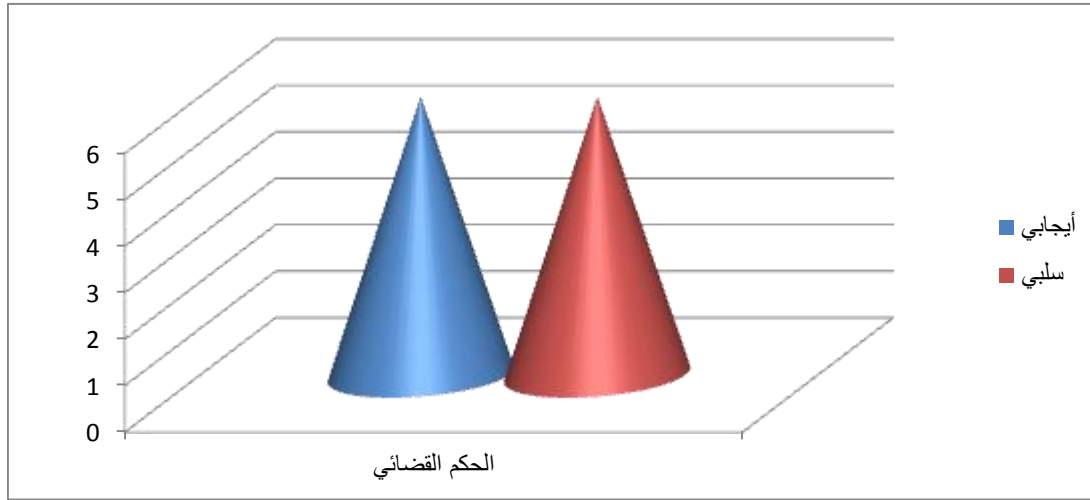
شكل رقم (١٨) يوضح توزيع عينة البرنامج بحسب النوع



شكل رقم (١٩) يوضح توزيع عينة البرنامج بحسب المستوى التعليمي للوالدين



شكل رقم (٢٠) يوضح توزيع عينة البرنامج بحسب الحكم القضائي



قد يعتقد البعض أن حجم الظاهرة ليس كبيراً عندما يطلع على حجم عينة الدراسة، لكن هذا غير صحيح لأنه توجد أعداد كبيرة من ضحايا الاغتصاب من الفئات العمرية الأصغر مدونة بمضابط الشرطة، وأعداد أكثر بكثير من الفئات العمرية الأكبر لم تصل لمضابط الشرطة لأسباب اجتماعية كثيرة.

ثالثاً: أدوات الدراسة

أدوات الدراسة هي الوسائل اللازمة لجمع البيانات، ويعتمد اختيارها بحسب احتياجات الدراسة، ويجب أن تكون قادرة على قياس الغرض المحدد للدراسة بدقة فائقة، ولقد استخدمت الباحثة في هذه الدراسة عدة أدوات هي:

١. استمارة البيانات الأولية

تحتوي هذه الاستمارة على البيانات الأساسية الخاصة بأفراد العينة وهي:

الاسم، النوع، العمر، مكان السكن، تعليم الوالدين، نوع الحكم القضائي،

كما هو موضح في الملحق رقم (١)

٢. استمارة الرعاية الأولية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

Primary care PTSD Screen

هذه الاستمارة من إعداد براينس، اويمت، كاميرلنق (Prins, Ouimette,

Kimerlig) في عام ٢٠٠٣م ، وقام عبدالرحمن أبو دوم أحمد بترجمتها وتقنينها.

وتقيس الاستمارة الأعراض الأربعة الأساسية لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة، وتتم الإجابة عليه أما بنعم أو لا، كما هو موضح بالملحق رقم (٢).

٣. مقياس اضطراب مابعد الصدمة

مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أعده باينيوس ونادر فريدريك عام ١٩٨٩م، وترجمه غسان يعقوب ، ثم عدلته رقية صابون في السودان وبلغت فقراته ١٩ كما هو موضح بالملحق (٣)

تصحيح المقياس:

يجيب المفحوص باستخدام ثلاث بدائل دائماً أحياناً لا يحدث، ويتم تصحيحه على النحو التالي:

جدول رقم (٢٢) يوضح مفتاح تصحيح مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

دائماً	أحياناً	لا يحدث
٣	٢	١

مبررات استخدامه:

١. سهولة تصحيحه.
٢. شموله على كافة أعراض الاضطراب.
٣. تمتعه بدرجة عالية من الصدق والثبات.
٤. سهولة صياغة فقراته.

التعديلات على المقياس:

على الرغم من أنه قد تم تطبيقه في السودان والتأكد من صدقة الظاهري واتساقه العاملي، إلا أن الباحثة احتاجت لإضافة بعض الفقرات التي تعبر عن سمات اضطراب مابعد الصدمة عند المراهقين وهم عينة هذه الدراسة وتتمثل في الميل للعنف والعدوان، وتكرار الممارسة الجنسية، كما احتاجت الباحثة لتعديل بعض الفقرات بسبب عدم وضوحها أو جمعها لأكثر من هدف في فقرة واحدة، وبلغ عدد فقراته (٢٦) فقرة.

الصدق الظاهري للمقياس:

يقوم على ملائمة المقياس لما وضع من أجله وللتأكد من إمكانية تحقيقه لهذا الغرض تم عرض المقياس للتحكيم من قبل أساتذة علم النفس بالجامعات . وليحكموا على صلاحيته بما لديهم من خبرة ودراية، عبر الخطاب الملحق رقم (٥) وهم كلا من:

١. بروفيسور/ قاسم بدري - أستاذ ومدير جامعة الأحفاد للبنات.
 ٢. دكتور عبد الباقي دفع الله - أستاذ مشارك جامعة الخرطوم.
 ٣. دكتور/ عبير عبدالرحمن - أستاذ مشارك جامعة الخرطوم.
 ٤. دكتور/ إبراهيم عبد الرحيم - أستاذ مساعد جامعة أم درمان الإسلامية.
 ٥. دكتور/ حسن بدري - أستاذ مساعد جامعة أم درمان الإسلامية.
 ٦. دكتور/ أنس الطيب - أستاذ مساعد جامعة النيلين.
- تم حذف وإضافة بعض الفقرات بناءً على توصياتهم وأصبح المقياس يتكون من (٣٦) فقرة كما هو موضح في الملحق رقم (٤).

جدول رقم (٢٣) يوضح العبارات المعدلة في المقياس بعد التحكيم

الفقرات قبل التحكيم	الفقرات بعد التحكيم
اعتقد أن ما حدث لي شيء مؤلم جداً.	اعتقد أن ما حدث لي شيء مؤلم.
أرى و أسمع أصوات ترتبط بالحدث	١ أرى صور ترتبط بالحدث. ٢ أسمع أصوات ترتبط بالحدث.
أصبحت أخاف من الموت.	أصبحت أخاف من الموت أكثر من ذي قبل.
أشعر بصداع أو دوار	١ أشعر بصداع. ٢ أشعر بدوار.
أشعر بالتعب أو ألم المفاصل.	١ -أشعر بالتعب. ٢ أشعر بألم المفاصل.
أشعر بألم في الصدر أو صعوبة في التنفس.	١ -أشعر بألم في الصدر. ٢ أشعر بصعوبة في التنفس.

أصبحت أتعاطى المخدرات أو الكحول.	١ أصبحت أدخن السجائر. ٢ أصبحت أشرب الخمر. ٣ أصبحت أشم السيلسيون.
أصبح لدي نشاط جنسي منحرف.	١ -أصبحت أمارس الجنس مع نفس جنسي. ٢ أصبحت أمارس الجنس مع الجنس الآخر.
أصبحت شديد الإنفعال وكثير الشجار	١ -أشعر بالعصبية أكثر من ذي قبل. ٢ أصبحت كثير الشجار.
أصبحت أعاني من مشكلات في النوم.	١ أصبحت لأستطيع النوم بسرعة. ٢ أصبحت أصبحوا من النوم بسرعة.

الصدق العاملي للمقياس:

بعد التأكد من الصدق الظاهري للمقياس كان لا بد من صلاحيته، عن طريق تطبيق المقياس بصورته المحكمة على عينة استطلاعية كان قوامها (١٧) طفل ، ثم تم حساب الارتباطات المتبادلة بين الاستجابات لكل بند على حده، وبين الاستجابات لكل البنود الأخرى، أي تحسب كل الأزواج الممكنة من الارتباطات، ثم تحلل معاملات الارتباط الناتجة باستخدام التحليل العاملي، لتحديد أي البنود تتجمع معاً عن قرب بدرجة كافية ذات تشبعات مرتفعة، أي التعرف على مجموعات البنود التي ترتبط بدرجة كبيرة مع بعضها البعض، والتي لا ترتبط أو التي ترتبط بدرجة منخفضة مع مجموعة البنود الأخرى.

جدول رقم (٢٤) يوضح صدق وثبات مقياس اضطراب ضغوط مابعد الصدمة بعد استخدام اختبار ألفا كرونباخ (Alpha Cronbakh).

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
١	٠,٥٣	١٣	٠,١٥	٢٥	٠,٤٥
٢	٠,٥٠	١٤	٠,٤٦	٢٦	٠,٦٠
٣	٠,٢٩	١٥	٠,٤٢	٢٧	٠,٦٧
٤	٠,٥٠	١٦	٠,٣٢	٢٨	٠,٥٢

٥	٠,٣٢	١٧	٠,٥٨	٢٩	٠,٥٩
٦	٠,٤٢	١٨	٠,٦٢	٣٠	٠,٦٧
٧	٠,٣٦	١٩	٠,٤٠	٣١	٠,٥٧
٨	٠,٤١	٢٠	٠,٥١	٣٢	٠,٥٨
٩	٠,٥١	٢١	٠,٤٤	٣٣	٠,٤٨
١٠	٠,٥٣	٢٢	٠,٥٤	٣٤	٠,٦٧
١١	٠,٦٥	٢٣	٠,٥٦	٣٥	٠,١٨
١٢	٠,٣١	٢٤	٠,٣١	٣٦	٠,٦٨

بالنظر للجدول أعلاه يتضح أن قيمة صدق المقياس = ٩٩٠,٠ وللتأكد من ثبات المقياس قامت الباحثة بإدخال قيمة الصدق تحت الجزر التربيعي حيث توصلت إلى قيمة الثبات = ٠,٩٥٩ وهذا يدل على أن ثبات المقياس عالي وصالح للدراسة الحالية.

٤. برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح

هو البرنامج الذي قامت الباحثة بتصميمه بغرض خفض درجة اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب.

أسمه: برنامج ابدأ الحياة.

نظريته: العلاج المعرفي السلوكي.

غرضه: تخفيف أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب.

نوعه: فردي وجماعي.

عدد الجلسات: ١٠ جلسات.

مدة الجلسات: تتراوح الجلسات بين ٣٠ و ٦٠ دقيقة.

تواتر الجلسات: جستان أسبوعياً.

مكان عقد الجلسات: غرفة العلاج النفسي بشرطة حماية الأسرة والطفل في ولاية الخرطوم.

الأهداف العامة للبرنامج:

١. إخراج الصدمة و إعادة البناء المعرفي للأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب لمساعدتهم على التعرف على الأفكار السالبة الناتجة عن تعرضهم للأحداث الضاغطة مثل: الإحساس بالذنب، والنقص، والعجز، وعدم الأمل، وفقد الثقة بالآخرين.
٢. تعليم الأطفال مهارات مواجهة مناسبة للتعامل مع المواقف الضاغطة.
٣. تعزيز قيمة الحياة في النفوس وأهمية الاستفادة من التجارب والمواقف للتخطيط لها بشكل واقعي، ومن ثم الإقبال عليها بفاعلية أكبر.

خطوات البرنامج:

لقد توصلت الباحثة من خلال الخبرة العملية والعلمية واستشارة المختصين في علم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي من الأكاديميين والممارسين، إلى وضع بروتوكول علاجي يشمل:

المرحلة الأولى:الابتداء Opening

وتهدف هذه المرحلة إلى:

١. التواصل مع أسرة العميل
 ٢. التقييم المبدئي للحالة.
 ٣. التعرف على مناسبة الحالة للبرنامج.
- ويتم تحقيق هذه الأهداف قبل بداية العلاج.

CASE FORMULATION المرحلة الثانية: صياغة الحالة

تهدف هذه المرحلة إلى:

١. تكوين العلاقة العلاجية المهنية بين المعالج والعميل تقوم على الاحترام المتبادل، والتعاون، والتعامل مع العميل كوحدة متكاملة، لبناء الثقة والتفاهم.
٢. التزود بالمعلومات الأساسية عن العميل.
٣. التعرف على درجة الاضطراب إكلينيكيًا.
٤. التعرف على اهتمامات العميل.
٥. تمكين العميل من المعلومات المتعلقة بمشكلته.

٦. مشاركة العميل في وضع أهداف البرنامج.
 ٧. الاتفاق مع العميل على طريقة تطبيق البرنامج.
- يتم تحقيق هذه الأهداف في الجلسات الأولى والثانية.

المرحلة الثالثة: الصدمة Trauma

تهدف هذه المرحلة إلى:

١. إطلاق الانفعالات والتعبير عنها.
 ٢. رواية الصدمة وإتقان تذكر التفاصيل المدركة عبر الحواس المختلفة .
 ٣. التعرف على الأفكار الأتوماتيكية السالبة للعميل.
 ٤. معرفة السلوك اللا تكيفي في المواقف المختلفة.
 ٥. تعليم العميل العلاقة بين أفكاره وانفعالاته وسلوكه.
 ٦. مساعدة العميل على رؤية الجوانب الأخرى من مشكلته.
- ويتم تحقيق هذه الأهداف في الجلسة الثالثة، والرابعة، والخامسة.

المرحلة الرابعة: استراتيجيات المواجهة Coping Strategies

وتهدف هذه المرحلة إلى:

١. إعادة البناء المعرفي للعميل.
 ٢. تزويد العميل بالمهارات والتقنيات اللازمة لمواجهة المواقف الضاغطة.
 ٣. تقليل التفكير الكوارثي.
 ٤. إدارة القلق.
 ٥. التكيف مع الصدمة.
- يتم تحقيق هذه الأهداف في الجلسة السابعة، الثامنة.

المرحلة الخامسة: الاستشفاء Healing

تهدف هذه المرحلة إلى :

١. التدريب على التعامل مع المواقف الضاغطة تدريجياً في الخيال أو الواقع.
٢. توليد الدافعية والايجابية في العميل.
٣. تأكيد الذات وبناء الثقة لدى العميل.
٤. تحسين المهارات الاجتماعية.

٥. التعاون مع العميل لوضع خطة لحياته.
- يتم تحقيق هذه الأهداف في الجلسة التاسعة .

المرحلة الرابعة: الإنهاء Closure

تهدف هذه المرحلة إلى:

١. التعرف على درجة الاضطراب إكلينيكيًا.
 ٢. نقد البرنامج من قبل العميل.
 ٣. إنهاء المعالجة مع إمكانية استمرار المساندة.
 - يتم تحقيق هذه الأهداف في الجلسة العاشرة.
- ترى الباحثة أن مهمة المعالج النفسي لا تقف عند حد تشخيص الاضطراب، ووضع بروتوكولات علاجية لتخفيف أعراضه وحسب، إنما تمتد لتساعد العميل ليكون واعي بذاته، ملاحظاً جيداً لكل ما يقدم عليه من تصرفات وما يدور برأسه من أفكار وما يجيش ب صدره من مشاعر، يعرف كيف يتصرف بواقعية في ظروف الحياة، ويقدر على الاستفادة من كل ما يمر به من عقبات ليجعلها عتبات يرتقي بها في مسير تكيفه مع الحياة، حتى يغدوا معالج نفسه.
- لقد تم عرض البرنامج على المحكمين من أساتذة علم النفس والممارسين للعلاج النفسي للتأكد من صلاحية البرنامج للهدف المعد من أجله وهو تخفيف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب، بالخطاب الملحق رقم(٦) وتم تصويب البرنامج بناء على توجيهاتهم، وتم التحكيم من قبل كلاً من:

١. بروفييسور/ خالد إبراهيم الكردي - أستاذ بجامعة النيلين.
٢. بروفييسور/ عبدالله عبدالرحمن عبد المجيد - أستاذ بجامعة تبوك.
٣. دكتور/ عبد العزيز محمد الحسن - أستاذ مشارك بجامعة الملك فيصل.
٤. دكتور/ سعاد موسى أحمد - أستاذ مشارك بجامعة الأحفاد للبنات.
٥. دكتور ياسر جبريل - أستاذ مشارك بجامعة السودان.
٦. دكتور/ على فرح - أستاذ مشارك بجامعة السودان.

رابعاً: إجراءات الدراسة

إجراءات الدراسة هي الخطوات التي قامت بها الباحثة في سبيل إعداد هذه الدراسة وتمثلت في الآتي:

أ. إجراءات أكاديمية

وتعني هذه الإجراءات الخطوات التي أقدمت عليها الباحثة لزيادة معرفتها بموضوع الدراسة وتمثلت في الآتية:

١. حضور المؤتمر العربي الإقليمي الثالث حول حماية الطفل بالرياض بمعدل ٣٠ ساعة طبية ٢٠٠٩م.
٢. حضور لمؤتمر الطب النفسي الخامس حول تحديات الطب النفسي بجدة بمعدل ٢٧ ساعة طبية ٢٠٠٩م.
٣. حضور مؤتمر الأطباء النفسيين العرب حول خدمات الصحة النفسية في العالم العربي بالخرطوم ٢٠١٠م.
٤. حضور دورة تدريبية في علاج المعرفي السلوكي الموجه للصدمة بمعدل ١٠ ساعات من التعليم المستمر من جامعة كرولانجا الجنوبية كلية الطب ٢٠١٠م
٥. حضور دورة تدريبية في العلاج المعرفي السلوكي بمعدل ٢٤ ساعة من التعليم المستمر من مركز المتكامل للخدمات التعليمية والتدريب للمدرب دكتور عبد العزيز محمد الحسن ٢٠١١م
٦. حضور دورة القبعات الست للتفكير بمعدل ٦ ساعات من التعليم المستمر من مستشفى النور التخصصي بمكة المكرمة للمدرب عثمان باعثمان ٢٠٠٩م.
٧. استصدار خطاب من كلية الدراسات العليا بجامعة أم درمان الإسلامية بغرض للإطلاع على المصادر العلمية والرسائل الجامعية بعدد من الجامعات وهي:
 ١. مكتبة جامعة الخرطوم (المركزية - كلية الآداب - كلية القانون)
 ٢. مكتبة جامعة النيلين (المركزية - الآداب - الدراسات العليا)
 ٣. مكتبة جامعة السودان (المركزية - الآداب)
 ٤. مكتبة جامعة الأحفاد.

ب. إجراءات رسمية

وتعني هذه الإجراءات استصدار الأذونات من الجهات الرسمية بالدولة للسماح بتطبيق هذه الدراسة وتمثلت في الآتي:

١. استصدار خطاب موجه من كلية الدراسات العليا بجامعة أم درمان الإسلامية موجه إلى المكتب الصحفي لشرطة ولاية الخرطوم.
٢. استصدار موافقة على الدراسة من المكتب الصحفي لشرطة ولاية الخرطوم وتوجيه خطاب لرئاسة شرطة ولاية الخرطوم.
٣. استصدار موافقة رئاسة شرطة ولاية الخرطوم على الدراسة وتوجيه خطاب إلى شرطة أمن المجتمع بالولاية.
٤. استصدار موافقة شرطة أمن المجتمع على الدراسة وتوجيه خطاب إلى فرع حماية الأسرة والطفل شعبة التدريب والبحوث.
٥. استصدار موافقة فرع حماية الأسرة والطفل شعبة التدريب والبحوث على الدراسة وتوجيه خطاب إلى كافة شعب الفرع للتعاون وتسهيل مهمة الباحث.
٦. توجيه خطاب من فرع حماية الأسرة والطفل شعبة التدريب والبحوث إلى قسمي مدينة أم درمان (مدينة النخيل)، وقسم مدينة بحري (شرق النيل - الفيحاء) للتعاون وتسهيل مهمة الباحث.

ملاحظة: لم تستطع الباحثة إرفاق إي من هذه الخطابات لأنها كانت تسلم في مطروف يمنع فتحه أو يتم وصولها عبر السرك الرسمي للشرطة.

ج. إجراءات تطبيقية

وتعني الخطوات العملية التي دخلت بها الدراسة حيز التنفيذ وتتمثل في الآتي:

١. تصميم مقياس اضطراب ما بعد الصدمة والتحقق من صدقه الظاهري والعالمي.
٢. تصميم برنامج العلاج المعرفي السلوكي (ابدأ الحياة) وعرضه على المحكمين وتعديله.
٣. جمع بيانات الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب في الفترة من عام ٢٠٠٩

- وحتى ٢٠١١م والذين تتراوح أعمارهم بين الثانية عشرة والثامنة عشرة من استمارات المجني عليهم ومضابط الشرطة.
٤. الاتصال الهاتفي بذوي الأطفال وشرح فكرة البرنامج لهم وتحديد مواعيد للمقابلة بالوحدة في حال الموافقة.
٥. مقابلة الأطفال وذويهم بالوحدة وشرح البرنامج وأهدافه لهم وإخضاع الأطفال للقياس عبر استمارة الرعاية الأولية لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة للتأكد من درجة اضطراب مابعد الصدمة.
٦. تقديم الشكر للأطفال وذويهم اللذين ثبت بالمقياس أنهم لا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة لتعاونهم.
٧. تقديم الشكر للأطفال وذويهم اللذين ثبت بالمقياس أنهم يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة لتعاونهم، وتحديد مواعيد لبدأ البرنامج العلاجي.
٨. تقديم بعض التسهيلات المالية لبعض الأسر المتعثرة مالياً لكي تتمكن من إحضار الطفل للجلسات بانتظام.

خامساً: أساليب التحليل الإحصائي

١. اختبار T- Test

هو اختبار لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطين وله عدة حالات:

الأولى : مقارنة متوسط عينة بمتوسط مجتمع (One Sample T Test)

الثانية :مقارنة متوسطي عينتين مستقلتين (Independent Sampeles T Test)

٢. اختبار ف Anova

تستخدم ANOVA في اتجاه واحد لاختبار الفروق من بين مجموعتين مستقلين أو أكثر. ومع ذلك ،تستخدم ANOVA في اتجاه واحد لاختبار الفروق من بين ما لا يقل عن ثلاث مجموعات، حيث أن حالة المجموعتين. عندما يكون هناك وسيلتان فقط للمقارنة. وتكون العلاقة بين ANOVA وتعطي t بالعلاقة $F = t^2$. تستخدم ANOVA في اتجاه واحد للقياسات المتكررة عندما تكون المواضيع تخضع لقياسات متكررة وهذا يعني أن نفس المواضيع تستخدم في كل معاملة.

سادساً: محدودية الدراسة

١. الحدود الزمنية:

تم تنفيذ الدراسة في الفترة من أكتوبر ٢٠١٠م وحتى أكتوبر ٢٠١١م.

٢. الحدود المكانية:

تم تنفيذ الدراسة بوحدة حماية الأسرة والطفل بولاية الخرطوم في مدينتي الخرطوم وأم درمان.

الفصل الرابع

عرض نتائج الدراسة وتحليلها

الفصل الرابع

عرض نتائج الدراسة وتحليلها

تمهيد:

في هذا المبحث تتضح جدوى الدراسة من عدمها، ويمكن الوصول عبره للإجابة على التساؤلات، وفهم مشكلة الدراسة وما يرتبط بها من متغيرات بطريقة علمية خالية من التكهنات والتحيز وقائمة على البيانات الرقمية الدقيقة.

الفرض الأول:

توجد فروق دالة إحصائياً بين درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قبل وبعد العلاج ببرنامج العلاج المعرفي السلوكي.
للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) لتعين دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي.
جدول رقم (٢٥) يوضح نتيجة اختبار (ت) للعينة الواحدة لمعرفة السمة العامة

الاستنتاج	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	القيمة المحكية	العينة	السمة العامة
لا توجد فروق دالة إحصائياً	٠,٧٠١	٠,٤٠	٢,٨٩٠	٧١,٢٥٠٠	٧٢	١٢	درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قبل البرنامج العلاجي.
توجد فروق دالة إحصائياً	٠,٠٠٠	٦٣,٥٥	١,٤٤	٤٥,٦٧		١٢	درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد البرنامج العلاجي

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة (ت) في القياس البعدي (٦٣,٥٥) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠٠) لصالح القياس البعدي.

إذن النتيجة تحقق الفرض وأتت متمشية مع ما توقعته الباحثة، مما يؤكد على فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح في خفض درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب.

الفرض الثاني:

توجد فروق دالة إحصائية في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين الذكور والإناث بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح لصالح الذكور. للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) للعينتين المستقلتين. جدول رقم (٢٦) يوضح درجة الاضطراب عند الذكور والإناث قبل تطبيق البرنامج

النوع	العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
ذكور	٦	٦٧,٠٠٠٠	١,١	٢,٩٠	١٠	٠,٠١٦
إناث	٦	٧٥,٥٠٠٠	٧,١٢			

جدول رقم (٢٧) يوضح درجة الاضطراب عند الذكور والإناث بعد تطبيق البرنامج

النوع	العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
ذكور	٦	٤٤,٨٣٣٣	١,٠٩٥٥	٢,٤١١٠	١٠	٠,٠٣٧
إناث	٦	٤٦,٥٠٠٠	٧,١٢٠٤			

جدول رقم (٢٨) يوضح الفرق بين المتوسطات في درجة الاضطراب عند الذكور والإناث قبل بعد تطبيق البرنامج

النوع	قبل	بعد	الفرق
ذكور	٦٧,٠٠٠	٤٤,٨٣٣	٢٢,١٦٧
إناث	٧٥,٥٠٠	٤٦,٥٠٠	٢٩,٠٠٠

إذن النتيجة تحقق الفرض تبعاً لما توقعته الباحثة، مما يؤكد على أن الذكور انخفضت لديهم درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد الخضوع للبرنامج العلاجي أكثر من الإناث.

الفرض الثالث:

توجد فروق دالة إحصائية في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين الحاصلين على أحكام قضائية ايجابية والحاصلين على أحكام قضائية سلبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح لصالح الحاصلين على أحكام ايجابية. جدول رقم (٢٩) يوضح الفروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بحسب الحكم القضائي

الحكم القضائي	العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
ايجابي	٦	٦٧,٠٠٠	١,٠٩٥٥	٢,٨٩٠٠	١٠	٠,٠١٦
سلبي	٦	٧٥,٥٠٠	٧,١٢٠٤			

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحسابية بين الحكم القضائي الإيجابي والسلبي لصالح الحكم القضائي الإيجابي، حيث بلغ الوسط الحسابي للحكم الإيجابي (٦٧,٠٠٠٠) بينما بلغ الوسط الحسابي للحكم السلبي (٧٥,٥٠٠٠)، وانحراف معياري للحكم الإيجابي (١,٠٩٥٥) وبلغت قيمة الانحراف المعياري للحكم السلبي (٧,١٢٠٤)، وقيمة ت (٢,٨٩٠٠) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١٦).

مما يؤكد أن الحاصلين على أحكام قضائية إيجابية انخفضت عندهم درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أكثر من الحاصلين على أحكام سلبية، وهذا يعني تحقق الفرض ويؤكد صحة ما توقعته الباحثة.

الفرض الرابع:

توجد فروق دالة إحصائية في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح مع الأطفال تعزى للمستوى التعليمي للوالدين لصالح ذوى التعليم الثانوي .

للتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار (ف) لتحليل التباين الأحادي للفروق جدول رقم (٣٠) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى تعليم الوالدين قبل البرنامج

مستوى تعليم الوالدين	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أمي	٣	٦٩,٠٠٠٠	صفر
أساس	٣	٨٢,٠٠٠٠	صفر
ثانوي	٦	٦٧,٠٠٠٠	١,٠٩٥٥
المجموع	١٢	٧١,٢٥٠٠	٦,٥٧٩٩

جدول رقم (٣١) يوضح قيمة (ف) ومستوى الدلالة لمستوى تعليم الوالدين قبل البرنامج

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	مستوى المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٤٧٠,٢٥٠	٢	٢٣٥,١٢٥	٣٥٢,٦٨٨	٠,٠٠٠
داخل المجموعات	٦,٠٠٠٠٠	٩	٠,٦٦٧		
المجموع	٤٧٦,٢٥٠	١١			

جدول (٣٢) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستوى تعليم الوالدين بعد البرنامج

مستوى تعليم الوالدين	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أمي	٣	٤٥,٠٠٠٠	صفر
أساس	٣	٤٨,٠٠٠٠	صفر
ثانوي	٦	٤٤,٨٣٣٣	٠,٤٠٨٣
المجموع	١٢	٤٥,٦٦٦٧	١,٤٣٥٥

جدول رقم (٣٣) يوضح قيمة (ف) ومستوى الدلالة لمستوى تعليم الوالدين بعد البرنامج

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	مستوى المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٢١,٨٣٣	٢	١٠,٩١٧	١١٧,٩٠٠	٠,٠٠٠
داخل المجموعات	٠,٨٣٣	٩	٠,٠٩٣		
المجموع	٢٢,٦٦٧	١١			

بالنظر للجدول أعلاه نجد قيمة (ف) في الجدول رقم (٣٢) = ٣٥٢,٦٨٨، عند مستوى دلالة = ٠,٠٠٠، وهي دالة إحصائية.

كذلك قيمة (ف) في الجدول رقم (٣٣) = ١١٧,٩٠٠، عند مستوى دلالة = ٠,٠٠٠، وهي دالة إحصائية .

مما يؤكد أن درجة اضطراب ضغوط مابعد الصدمة انخفضت بعد تطبيق البرنامج العلاجي عند الأطفال لوالدين متعلمين تعليم ثانوي أكثر من الأطفال لوالدين متعلمين تعليم أساسي أو الأميين ، وهذا يعني تحقق الفرض ويؤكد صحة ما توقعته الباحثة.

الفصل الخامس

مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

الفصل الخامس

مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

تمهيد:

مناقشة نتائج الدراسة من أهم مراحل عملية البحث العلمي ففيها يمكن تفسير النتائج المتوصل إليها بالاعتماد على الأسس العلمية والأطر النظرية وما توصلت إليه دراسات أخرى أعدت لذات الغرض أو أغراض مشابهة، كما يعتمد التفسير على الملاحظات التي جمعها الباحث أثناء عمله مع عينة الدراسة. في هذا الفصل سوف تقوم الباحثة بمناقشة نتائج الفروض وتفسيرها بشكل علمي.

مناقشة الفرض الأول:

ينص هذا الفرض على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قبل وبعد العلاج ببرنامج العلاج المعرفي السلوكي على الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب.

لقد دلت نتيجة الفرض الأول على فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي قامت الباحثة بتصميمه في تخفيف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كما يوضحها جدول رقم (٢٥).

هذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة عبد الرحمن عبد المجيد (٢٠٠٠)، التي أكدت أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في علاج الاكتئاب، نتيجة دراسة هدى السيلان (٢٠٠٣) التي أكدت أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في تخفيف السلوك العدواني، نتيجة دراسة حازم قونقة (٢٠٠٩) التي أكدت أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في علاج القلق، والاكتئاب و تنمية المهارات الاجتماعية، ونتيجة دراسة غادة المتوكل (٢٠١٠) التي أكدت أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في علاج القلق والاكتئاب.

هذه النتائج تؤكد على أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في معالجة الاضطرابات النفسية وقد سبقت الإشارة في الفصل الثاني إلى أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة له أعراض أساسية كعادلة الخبرة الصدمية والتجنب والاستثارة، وبحسب بعض النظريات المفسرة للاضطراب كنظرية الذاكرة المبنية على الخوف لفوا أن هذه الأعراض قد تنشأ عن الخوف فيكون مخزوناً كشبكة في الذاكرة وهذا الشبكة التي

تعمل في الأساس كبرنامج للهروب من الخطر، لذا يميل الفرد لتجنب البوح عن مخاوفه بسبب مخططاته المعرفية السالبة، وكما سبق في الفصل الثاني أن العلاج المعرفي يشجع الفرد على مواجهة مخاوفه والتعبير عن مشكلته بوضوح وإعادة البناء المعرفي والتفكير بواقعية في الأحداث الصادمة التي يتعرض لها، وتوجهه لاكتشاف جوانب أخرى لما حدث له، وهذا يعني أن العلاج المعرفي السلوكي قادر على معالجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، لذا كان البرنامج العلاجي الذي صممه الباحثة فعالاً في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

من أبرز أعراض الاضطراب التي لاحظتها الباحثة وأسر ضحايا الاغتصاب على الأطفال التجنب كان أوضحها ويتمثل في العديد من المظاهر منها تناقص الاهتمام بالأنشطة المهمة أو بالمشاركة فيها، الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين، شح ونضوب العواطف، وهذه المظاهر تؤثر حتماً على المهارات الاجتماعية، وإذا كان برنامج العلاج المعرفي السلوكي قادر على تحسين هذه المهارات كما ثبت في دراسة قونقة (٢٠٠٩)، فبالتالي أذن هو قادر على معالجة أعراض التجنب في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

يرافق الأعراض الرئيسية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أعراض ثانوية منها القلق والاكتئاب، وقد ثبت في دراسة عبد الرحمن (٢٠٠٠)، وقونقة (٢٠٠٩)، وغادة (٢٠١٠)، أن العلاج المعرفي السلوكي قادر على معالجة هذه الأعراض.

مما يميز اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال في الفئة العمرية من ١٢ إلى ١٨ سنة السلوك العدواني وقد ثبتت فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف السلوك العدواني في دراسة هدى السيلان (٢٠٠٣).

قد لاحظت الباحثة أثناء تطبيق الدراسة أن بعض أفراد العينة أثناء مراقبتهم الذاتية لسلوكهم من خلال ما سجلوه في مذكرات الأحداث اليومية تناقصت لديهم مظاهر السلوك العدواني، وتعزي الباحثة ذلك إلى أن العدوان ليس طبع أصيل فيهم ولكنه محاولة تأقلم خاطئة نشأت عن أفكار خاطئة تظهر فيما يقولونه مثل: (عايزين يحقروا بي، هم عارفين الحصل وقايلني خواف، هم شمتانين علي) وتتركز هذه الأفكار في الإحساس بالضعف والدونية فتبرز محاولات التأقلم الخاطئة ويبدأ العنف

والعدوان، وفي العلاج المعرفي يتعلم العميل كيف تؤثر أفكاره على مشاعره وسلوكه لذا يتمكن وبعد التدريب مع مرور بعض الوقت من التحكم في تدفق الأفكار الخاطئة وإيجاد أفكار بديلة تنتج عنها استجابات أكثر تكيفاً.

من كل ماسبق تخلص الباحث إلى أن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي التي تم تصميم البرنامج بناءً عليها فعالة وملائمة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب.

مناقشة الفرض الثاني:

ينص هذا الفرض على أنه توجد فروق دالة إحصائية في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال الذين تعرضوا للاغتصاب من الذكور والإناث بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح لصالح الذكور.

قد أكدت النتائج أن الذكور انخفضت لديهم درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أكثر من الإناث بعد الخضوع لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي قامت الباحثة بتصميمه، كما يوضحها جدول رقم (٢٧).

ترى الباحثة أن نظرة المجتمع السالبة عن الشخص المتعرض للاغتصاب وما تخلفه من وصمة ترتبط بعدم الثقة والتشكيك في أخلاق الضحية تشكل عبء إضافي على كاهل ضحايا الاغتصاب، ولكن للنساء النصيب الأوفر من هذا العبء لأن المجتمع بطبيعته الذكوريه يغفر للذكور كل شيء فما بالك ان كانوا ضحايا ويشيع في مجتمعنا مقولة (الراجل ما يعبوا شيء) مما يجعل الذكور أكثر قدرة من غيرهم على التأقلم مع الحدث، على عكس الإناث اللواتي يعانين من لوم المجتمع وتعنيفه وحكمه عليهن بعدم العفة طوال حياتهن، مما يشكل ضغط وعبء كبير عليهن.

قد لاحظت الباحثة من بعض الإناث أفراد العينة أنهم عانين في وقت ما قبل وأثناء البرنامج العلاجي من تعنيف الوالدين وأقرب المقربين وتحميلهم مسؤولية ما حدث لهن، ومن هذه المواقف ما ذكرته إحدى أفراد العينة حيث قالت: (أمي قالت لي أنتي سبب المصايب، فضحتينا، ياريتي ما ولدتك، ياريتي بركت عليك وقتلتك). ولقد عززت هذه المقولة الإحساس بالذنب الذي يعتبر احد أعراض الاضطراب كما أنها

أشعرتها بعدم جدوى حياتها وحملتها مسؤولية ما حدث لها على الرغم من أنها الضحية ، وبذلك فقدت المساندة الأسرية التي هي في أمس الحاجة لها. من خلال الدراسة اتضح للباحثة أن جل الإناث من عينة الدراسة يشتركون في بعض الأفكار السالبة المرتبطة بنظرة المجتمع للمغتصبة واستطاعت الباحثة الوصول لهذه الأفكار في مستويات الإدراك المختلفة عبر استخدامها تقنية الأسئلة السقراطية، ويوضح الحوار التالي الذي أجرته الباحثة مع إحدى أفراد العينة جزءاً من هذه الأفكار.

المعالج: شنو أصعب موقف حصل ليك بسبب حادث الاغتصاب؟

العميل: أصعب حاجة لما ودوني من قسم الشرطة للمستشفى وكان معانا عسكري دخلوني للدكتور وكشف علي كنت خائفة شديد، ولما انتهى أمني أتكلمت معاه وبعدين قعدت تبكي وتصرخ وضربتني وشاكلتني وقالت لي خلاص بقيتي ما نافعة.

المعالج: قصدها شنو ما نافعة؟

العميل: يعني بقيت بنت كعبة ما كويسة.

المعالج: أنتي بتعملي حاجة ما كويسة؟

العميل: لا أنا ما بعمل حاجة ما كويسة والحادث حصل غصب عني بالقوة لكن الناس ما بصدقوا ويقولوا أنا بنت كعبة ما نافعة، ومستقبلي انتهى.

المعالج: تقصدي شنو بمستقبلك أنتهي؟

العميل: يعني ما عندي حاجة أعملها لما أكبر.

المعالج: حاجة تعملها لما تكبري زي شنو؟

العميل: كل البنات لما يكبروا بعرسوا ويجيبوا أولاد لكن أنا ما حقدّر أعرس.

المعالج: ليه ما حتقدري تعرسي؟

العميل: عشان ما في زول بيعرس بنت ما كويسة .

قد كان هذا جزء من حوار طويل مليء بالأفكار الخاطئة والتعميمات السلبية المستمدة من نظرة المجتمع الظالمة للأنثى الواقع عليها الاغتصاب، تستوجب من المعالج والعميل جهد أكبر لتعديل هذه الأفكار واكتشاف أساليب تكيف وتأقلم أكثر فاعلية.

يؤكد فويس المذكور في الرفاعي (٢٠٠٣م) أن الإناث أكثر شعوراً بالعجز، وأقل صلابة نفسية، وأكثر اكتئاباً، وأنهن يستخدمن طرق سلوكية غير فعالة لحل المشكلات. وبناءً على ما سبق فإن الإناث يعانون من ضغوط أكثر من الذكور لذا انخفضت درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند الذكور بقدر أكثر من الإناث بعد الخضوع لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح.

مناقشة الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض على أنه توجد فروق دالة إحصائية في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال للذين تعرضوا للاغتصاب بين الحاصلين على أحكام قضائية ايجابية والحاصلين على أحكام قضائية سلبية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح لصالح الحاصلين على أحكام ايجابية. لقد دل التحليل الإحصائي للدراسة على أن الحاصلين على أحكام إيجابية انخفضت لديهم درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد الخضوع لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي صممه الباحثة أكثر من الحاصلين على أحكام سلبية، كما يوضحها جدول رقم (٢٩).

قد سبقت الإشارة في الفصل الثالث لمفهوم الأحكام القضائية السلبية التي تعني عدم ثبوت الجرم بحق المتهم، والايجابية التي تعني ثبوت الجريمة بحق المتهم وتوقيع العقوبة عليه.

لم تجد الباحثة أي دراسة تشير إلى تأثير الأحكام القضائية على مستوى الاضطراب عند ضحايا الاغتصاب، إلا إنها تعزي هذه النتيجة إلى أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تتطوي عليه مشاعر العجز، والضعف، والخوف من أن يكون ضحية مرة أخرى، وتسوده بعض الأفكار اللاعقلانية مثل: يوجد في كل المجتمعات بعض الأفراد ذوي النفوس الدنيئة والشريرة وهؤلاء يجب أن نوقع عليهم أشد العقوبة، وتنتج عنها بعض التعميمات السلبية مثل: كل الناس أشرار، لا يمكن الوثوق في أحد، لا يوجد عدل في هذه الحياة، فتتولد لديه رغبة عارمة في الانتقام والثأر، يعبر عنها من خلال الميل للعنف والعدوان.

في حال حصول الشخص على حكم سلبي يفلت الجاني فيه من العقاب يحدث تعزيز لكل هذه الأفكار والمشاعر والسلوكيات السالبة، وتزداد قوة الضغط الاجتماعي الذي يجعل من المجني عليه جاني في قضية الاغتصاب وتتأكد نظرتهم هذه بسبب عدم ثبوت الجرم فيزداد ضغطهم عليه ولومهم له وتحميلهم إياه المسؤولية عن الحادث، كما أن الضحية يصبح في مواجهة مباشرة مع الجاني يتحمل فيه سخطه وتهديداته، ومحاولات إغرائه، كما يذكر أحد أفراد العينة قائلاً: (كنت ماشي المدرسة بعد يومين من الحادث وشفت الرجل الي اغتصبي واقف جنب الدكان وقال لي لو أتكلت في المحكمة بقتلك) .

بناءً على ذلك يسلك المجني عليه بعض السلوكيات التكيفية الخاطئة التي تنتج عن غلبة الإحساس بالعجز وغالباً ما تأخذ أحد المنحنيين التاليين:

١. الميل إلى إظهار القوة والعنف والعدوان الذي قد يصل إلى حد الجنوح لإشباع الرغبة في الانتقام ولقد أكدت الدراسات أن بعض المتهمين في جرائم جنسية وجرائم القتل والسطو المسلح كانوا في الماضي ضحايا لجريمة الاغتصاب كما أثبتت دراسة مورثي (٢٠٠٦) وريدار (١٩٩٧) السابق ذكرهم في المبحث الثالث من الفصل الثاني.

٢. الميل إلى الانزواء والانسحاب وتتعزز عنده فكرة أنه ضعيف ومقهور لا يستطيع فعل شيء، و تسيطر عليه بعض الأفكار اللاعقلانية مثل:

أ. إذا تعرض الإنسان لخطر ما، فإنه من الطبيعي أن يشعر بالخوف، وعدم الارتياح بل بالذعر الشديد، لأنه لا محاله من وقوع المخاطر.

ب. أن الإنسان بحاجة لشخص ما أقوى منه ليشعر بالثقة والأمان.

ج. إذا لم تحدث الأمور بالطريقة التي يتوقعها الفرد ويتمناها فليس هناك

أمل قط في أي شيء، فينسحب من الحياة ويستسلم لكل مصادر القوة

وينقاد إليها. (الرفاعي، ٢٠٠٣).

على العكس منهم الحاصلين أحكام قضائية إيجابية فإنهم يشعرون بالكفاءة، والأمن، والثقة في العدالة والناس، ويذكر أحد أفراد العينة أثناء سؤال الباحثة له عن شعوره عندما كان في المحكمة وتم الحكم على الجاني الذي اغتصبه بالجلد والغرامة وسمح

له بمشاهدة تنفيذ الحكم فقال: (حسيت أنني ارتحت، وأخذت حقي ، وراسي مرفوع قدام الناس، وما خايف من زول).

لذا كانت استجابتهم لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح أفضل الحاصلين على أحكام سلبية، وهذا لا يعني أن الحاصلين على أحكام سلبية لا يستفيدون من العلاج المعرفي السلوكي، لكنهم يحتاجون لوقت أطول وتدريب أكثر على مهارات التفكير وتقدير الذات ليصلوا إلى نتائج أفضل.

وبناءً على ذلك فإن الحاصلين على أحكام قضائية إيجابية لديهم أفكار سلبية وطرق تأقلم غير تكيفية أقل من غيرهم لذا انخفضت درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عندهم أكثر من الحاصلين على أحكام قضائية سلبية.

مناقشة الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض على أنه توجد فروق دالة إحصائية في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح مع الأطفال تعزى للمستوى التعليمي للوالدين لصالح ذوى التعليم الثانوي .

لقد توصلت الدراسة بعد التحليل الإحصائي إلى أن الأطفال لوالدين متعلمين تعليم ثانوي انخفضت درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لديهم بعد الخضوع لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي صممه الباحثة أكثر من الأطفال لوالدين أميين أو متعلمين تعليم أساسي كما يوضحها جدول رقم (٣٣).

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة إبراهيم (٢٠١٠م) التي أكدت أن الدرجة المرتفعة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ترتبط بمستوى تعليم الوالدين المتدني.

تعزي الباحثة هذه النتيجة إلى أن الأسرة لها دوراً كبيراً في مساندة ضحية الاغتصاب وهذا الدور لا يقتصر على إظهار المحبة والتعاطف وحسب إنما يمتد إلى مساعدتهم على إعادة النظر في الأحداث الصدمية ومراجعتها وهو ما يعرف بعملية الإعادة المختصرة وفي ذلك يمتلك أعضاء الأسرة القدرة على مساعدة الشخص الضحية على استدعاء المزيد من المعلومات الإضافية التي تقيد في النظر إلى الأحداث الصدمية من منظور أكثر وضوحاً، وفي تصحيح الانطباعات والصور ووجهات

النظر التي ارتبطت بمشاعر الذنب وكراهية الذات وعدم تقدير الذات وغير ذلك من دلائل اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

غالباً ما تكون الأسر التي نالت حظاً أوفر من التعليم لديها معلومات أكبر عن دور العلاج النفسي وفائدته في علاج المشاكل الناتجة عن الاغتصاب حصلت عليها من خلال المؤسسات التعليمية، ومتابعة الحملات التوعوية في وسائل الإعلام المختلفة، والحملات التي تقوم بها مؤسسات المجتمع المدني ووحدة حماية الأسرة والطفل ويدل على ذلك أن ٥٠% من أفراد العينة مستوى تعليمهم ثانوي و ٢٥% منهم تعليمهم أساسي و ٢٥% أميين.

كلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين أصبحت قدرتهم أكبر على فهم تعليمات المعالج المتعلقة بطريقة التعامل مع الطفل، ومساعدته في الواجبات المنزلية، وملاحظة سلوك الطفل والتغيرات التي تظهر عليه أكبر.

قد لاحظت الباحثة أثناء الدراسة أن الوالدين الأكثر تعليماً كانوا أحرص على حضور الجلسات في مواعيدها المحدد وفي مشاركة الطفل أثناء تأدية الواجبات المنزلية، وتشجيعه على الملاحظة الذاتية للسلوك، وكانوا يعززون أنماط السلوك التكيفية أكثر من غيرهم.

أشارت صباح الرفاعي في دراستها (٢٠٠٣م) أن الأسر الأكثر فعالية وإيجابية تقدم لأطفالها الأمن النفسي، وتعينهم على الابتعاد عن معززات العجز.

يتضح من كل ما سبق انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للوالدين أصبحوا أقدر على التكيف مع الصدمة ودعم أطفالهم للتكيف معها، إذن أن درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تنخفض بعد العلاج المعرفي السلوكي تبعاً لارتفاع المستوى التعليمي للوالدين.

بناءً على كل ما سبق يمكن القول أن البرامج العلاجية تساعد العديد من المرضى في خفض درجة الاضطرابات النفسية التي يتعرضون لها مما يساعدهم في عبور الفجوة من الاضطراب إلى الصحة النفسية السليمة ، وهذا مما يدل على فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي قامت الباحثة بتصميمه وتطبيقه على عينة الدراسة .

الخاتمة

يقول الإمام الشافعي: ومن لم يذق مر التعلم ساعة تجرع ذل الجهل طول حياته.

بعد سلسلة طويلة من الإجراءات المنهجية المجهدة التي أتبعها الباحثة وصلت هذه الدراسة إلى نهايتها، التي قد تكون سبب في بداية الحياة المملوءة بالصحة النفسية للأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب، إذا ما أخذت نتائج هذه الدراسة بعين الاعتبار وقد خلصت هذه الدراسة للنتائج التالية:

١. فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم.
 ٢. توجد فروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير النوع لصالح الذكور.
 ٣. توجد فروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير الحكم القضائي لصالح الحاصلين على أحكام ايجابية.
 ٤. توجد فروق في درجة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب بولاية الخرطوم بعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لمتغير النوع تعليم الوالدين لصالح الأطفال لوالدين متعلمين تعليم ثانوي.
- على المختصين ومن يهمهم أمر الطفولة ومستوى الخدمات النفسية في البلاد أن يأخذوا نتائج هذه الدراسة بعين الاعتبار.

التوصيات:

بعد أن فرغت الباحثة من الدراسة توصي بالآتي:

١. اعتماد البرنامج العلاجي الذي قامت الباحثة بتصميمه ضمن البرامج المعتمدة في وزارة الصحة.
٢. إعادة الدراسة على عينة أكبر.
٣. إدخال مادة حقوق الطفل في المناهج لتعليم الأطفال حقوقهم وما يجب عليهم فعله في حال الطوارئ.
٤. تشجيع تعليم الكبار ليتمكن أولياء الأمور من مساعدة أبنائهم في الأزمات.
٥. نشر الثقافة الحقوقية في المجتمع بكافة فئاته ليعرف كل فرد ماهي حقوقه والتزاماته.
٦. الشراكة مع مؤسسات البحث العلمي العربية والعالمية لدراسة اضطراب ضغوط مابعد الصدمة ووضع البرامج العلاجية الملائمة.
٧. تطبيق البرنامج الإرشادية والعلاجية لحالات ضحايا الاغتصاب.
٨. إقامة جمعيات أو مراكز تدريب العاملين في مجال الاعتداءات على الأطفال على العلاج المعرفي السلوكي.
٩. إنشاء مجموعات الدعم للأطفال ضحايا الاغتصاب وأسرههم.
١٠. الاستفادة من وسائل الإعلام في برامج العلاج النفسي.

الدراسات المقترحة:

١. دراسة العلاقة بين درجة قرابة الجاني بالضحية والاستجابة للبرامج العلاجية.
٢. دراسة فاعلية برامج الإرشاد الجماعي لأسر الأطفال ضحايا الاغتصاب.
٣. دراسة تأثير أسلوب طابور العرض الجنائي على درجة اضطراب ما بعد الصدمة عن الأطفال ضحايا الاغتصاب.
٤. دراسة فاعلية برامج الإرشاد المعرفي السلوكي على المهارات الاجتماعية لمنسوبي الشرطة والقضاء العاملين في مجال الطفولة.
٥. دراسة فاعلية برامج الإرشاد المعرفي السلوكي على الصحة النفسية لمنسوبي الشرطة والقضاء العاملين في مجال الطفولة.
٦. دراسة العلاقة بين رسوم الأطفال واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال ضحايا الاغتصاب.

المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المصادر

- (١) القرآن الكريم.
- (٢) محمد بن إسماعيل البخاري أبو عبد الله، صحيح البخاري، دار أبن كثير للنشر، بيروت، ٢٠٠٢م.

ثانياً: المراجع

- (٣) أبو بكر عبد اللطيف عزمي، الجرائم الجنسية وإثباتها، دار المريخ للنشر، الرياض، ١٩٩٥م.
- (٤) إجلال سري، الأمراض النفسية الاجتماعية، عالم الكتب، القاهرة، ١٩٩٣م.
- (٥) أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٩٨م.
- (٦) أسامة أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٩٢م.
- (٧) أسعد النمر، مدخل لدراسة علم النفس المعرفي، ١٩٩٥،
- (٨) أسعد رزوق، موسوعة علم النفس، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، ١٩٧٧.
- (٩) بشير الرشيد وآخرون، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية - اضطراب الضغوط التالية للصدمة - التشخيص، الطبعة الأولى، مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت، ٢٠٠١م.
- (١٠) _____، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية - اضطراب الضغوط التالية للصدمة - العلاج، الطبعة الأولى، مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت، ٢٠٠١م.
- (١١) حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب للنشر، القاهرة، ١٩٩٧.
- (١٢) حسين علي الغول، علم النفس الجنائي الإطار والمنهجية للجوانب النفسية

- والإكلينيكية للمجرم، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٣م.
- (١٣) خالد محمد عسل، العلاج المعرفي السلوكي للنمط السلوكي، الطبعة الأولى، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، ٢٠٠٨م.
- (١٤) رجاء محمود أبو علام، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، دار النش للجامعات، القاهرة، ٢٠٠٦م.
- (١٥) رشاد علي موسى- زينب محمد زين العابدين، سيكولوجية العنف ضد الأطفال، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة، ٢٠٠٩م.
- (١٦) رومي عبدات، دليل الأباء والأمهات لحل مشكلات الأطفال السلوكية، الطبعة الأولى، مدينة الشارقة للخدمات الانسانية، الشارقة، ٢٠٠٥م.
- (١٧) زيزي السيد إبراهيم، العلاج المعرفي للاكتئاب، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، ٢٠٠٦م.
- (١٨) السيد داود حسن- الطب العدلي- الطبعة الثانية - المركز الإسلامي الإفريقي- الخرطوم-١٩٩٥م
- (١٩) ضياء نوري حسن- الطب القضائي وآداب المهنة الطبية- وزارة التعليم العالي والبحث العلمي- بغداد- ١٩٩٠م
- (٢٠) طه عبد العظيم حسين، الصحة النفسية ومشكلاتها لدى الأطفال، دار الجامعة الجديدة، الأزريطة، ٢٠١٠م.
- (٢١) عايدة عبد الهادي، فسيولوجيا جسم الإنسان، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠١م.
- (٢٢) عبد الرحمن محمد عيسوي، الجديد في الصحة النفسية، منشأة المعارف للطباعة، الإسكندرية، ٢٠٠١م.
- (٢٣) _____، موسوعة علم النفس الحديث، الطبعة الخامسة، دار الراتب، بيروت، ٢٠٠١م.
- (٢٤) عبد الستار إبراهيم، العلاج السلوكي للطفل -أسسه ونماذج من الحالات، الدار المصرية للنشر، القاهرة، ١٩٩٣م.

- (٢٥) _____ ، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، عالم الكتب للنشر، القاهرة، ١٩٩٨م.
- (٢٦) عبد السلام عبد الغفار، اختبار القيم، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٧٤.
- (٢٧) عبد العزيز القوسي، أسس الصحة النفسية، الطبعة الخامسة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٩٥م.
- (٢٨) عبد الفتاح محمد دويدار، أسس علم النفس التجريبي، دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٩٥م.
- (٢٩) عبد القادر عودة- التشريع الجنائي الإسلامي - الجزء الثاني- دار المعارف - الإسكندرية- ١٩٩١م
- (٣٠) _____ ، التشريع الجنائي الإسلامي، مؤسسة الرسالة للنشر، بيروت، ٢٠٠١م.
- (٣١) عبد المجيد سيد منصور- زكريا أحمد الشربيني، سلوك الإنسان بين الجريمة والعدوان والإرهاب، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠٣م.
- (٣٢) عبد المجيد منصور- زكريا الشربيني، سلوك الإنسان بين الجريمة والعدوان والأرهاب، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة، ٢٠٠٣م.
- (٣٣) عبد المهيم بكر، قانون العقوبات، دار النهضة، القاهرة، ١٩٧٧م.
- (٣٤) عبدالرحمن سالم- التحريات الجنائية- الطبعة الأولى - الخرطوم- ١٩٩٨م.
- (٣٥) عصام فريد عبد العزيز، المتغيرات النفسية المرتبطة بسلوك العدوانيين المراهقين وأثر الإرشاد النفسي في تعديله، دار العلم والإيمان للنشر، دسوق، ٢٠٠٩م.
- (٣٦) علا فرغلي، خطوات العلاج النفسي، مكتبة النهضة الحديثة، القاهرة، ٢٠٠٣م.
- (٣٧) علي أبو حيلة- الحماية الجزائية للعرض في القانون الوضعي والشرعية الإسلامية- الطبعة الأولى- دار وائل للنشر والتوزيع- ٢٠٠٣م- عمان الأردن.

- (٣٨) فتوح الشاذلي - شرح قانون العقوبات - دار المطبوعات الجامعية - الأردن، ١٩٩٤م.
- (٣٩) القانون الجنائي السوداني، وزارة العدل، ١٩٩١م.
- (٤٠) القانون الطفل السوداني، وزارة العدل، ٢٠١٠م.
- (٤١) لويس كامل مليكة، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، عالم الكتب، القاهرة، ١٩٩٤م.
- (٤٢) ماهر عبد شويش، الجرائم المخلة بالأخلاق والآداب العامة ، مديرية دار المكتبة للطباعة والنشر، بيروت ١٩٨٨م.
- (٤٣) مجدي محب، موسوعة الجرائم المخلة بالآداب العامة والعرض، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠١م.
- (٤٤) محمد بخيت الصبوة- مصطفى محمد كمال- محمد الحسانين، علم النفس المعرفي، الطبعة الثانية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٠م.
- (٤٥) محمد حسن غانم، الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ٢٠٠٦م.
- (٤٦) محمد عاطف غياث، قاموس علم الاجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧٩م.
- (٤٧) محمد قاسم عبدالله، مدخل إلى الصحة النفسية، الطبعة الثانية، دار الفكر، عمان، ٢٠٠٧م.
- (٤٨) محمد محروس الشناوي- محمد السيد عبد الرحمن، العلاج السلوكي الحديث، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٩٨م.
- (٤٩) محمد محي الدين عوض -القانون الجنائي مبادئه الأساسية ونظرياته العامة- مطبعة جامعة القاهرة، ١٩٩١م ، القاهرة.
- (٥٠) معوض عبد التواب - الموسوعة الشاملة في الجرائم المخلة بالآداب العامة وجرائم العرض- الطبعة الأولى- دار المطبوعات الجامعية - الأردن، ١٩٩٧م

- (٥١) ناصر المحارب، المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، دار الزهراء ، الرياض ، ٢٠٠٠م
- (٥٢) هشام عبد الحميد فرج- سلسلة الدكتور هشام في الطب الشرعي معاينة مسرح الجريمة- مطابع الولاء الحديثة- القاهرة- ٢٠٠٧م
- (٥٣) _____ ، الجريمة الجنسية ، الطبعة الأولى، مطابع الولاء الحديثة، القاهرة، ٢٠٠٥.
- (٥٤) و ليم خولي، الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي، دار المعارف، القاهرة، ١٩٧٦م.
- (٥٥) يحيي الأحمدى، قضايا سيكولوجية، دار الأحمدى للنشر، القاهرة، ٢٠٠٥م.
- قائمة المراجع الإنجليزية:**
- (٥٦) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistic Manual Disorders, 4th ed, Washington, 1994.
- (٥٧) Bandura Albert, Aggression, Prentice Hall, New York, 1973.
- (٥٨) Becket Judith, The Incidence of Depression Symptomatology in Juvenile Sex, Prentice Hall, New York, 1991.
- (٥٩) behaviour therapy: skills & applications, Sage, London, (2007)
- (٦٠) Brunner-Routledge, Hove
- (٦١) Carrilio Thomas Louis, MMPI Finding of Previously Sex Offender, Prentice Hall, New York, 1992.
- (٦٢) Chaplin J.P, Dictionary Of Psychology, Dell Publisher, New York, 1973.
- (٦٣) conceptual guide. Wiley, Chichester.

- Corsini, R.J. and Auerbach,A.J.,Concise Encyclopedia Of Psychology, John Wiley, and Sons, New York, 1998. (٦٤)
- Drever,J.A. Dictionary of Psychology, Penguin Books, London, 1964. (٦٥)
- Feshbach D, Telvision and aggression, INC Publishers, U.S.A,1971. (٦٦)
- Figley.C.R, Compassion fatigue, Brunner Mazel, New York, 1995. (٦٧)
- Hollander Simeon, American psychiatric Press textbook of psychiatry. Washington1994. (٦٨)
- Horowitz.M.J, International hand book of traumatic stress syndromes, Plenum Press, New York, 1993. (٦٩)
- London,2005. (٧٠)
- Manson .C.E, Overview of diagnosis and treatment of psychological trauma in children, New York, 1995. (٧١)
- Matsakis.A, Post traumatic stress disorder ,New Harbing, Oakland, 1994. (٧٢)
- Mecoy Marcia, Predictors of Recidivism in A population of Sex Offenders, Prentice Hall, New York, 1997. (٧٣)
- Murphy,The Future of Sociale Psycholgt in historical perspective, Holt, New York, 1995. (٧٤)
- Ochberg, posttraumatic therapy, Plenum Press, New York, 1993. (٧٥)
- Petrson.K.C, Traumatic stress syndromes, Plenum Press, New York, 1993. (٧٦)

- Pigg Rogerand& Geen Russell, Self Directed Aggression, (٧٧)
, Penguin Books, London, 1996.
- Rander Chartes, MMPI Type of Exporters Rapists and (٧٨)
Assoulters in Court Services Population, Prentice Hall,
New York, 1997.
- Saigh.P.A, Current nosology and epidemiology, Boston, (٧٩)
1992.
- Sanders, D. & Wills, F, Cognitive therapy: an (٨٠)
introduction, 2nd edition, Sage.
- Simos, G (2002). Cognitive behaviour therapy: A guide (٨١)
for the practising clinician.
- Wells, A. (1997) Cognitive therapy of anxiety disorders: (٨٢)
A practice manual.
- Westbrook, D., Kennerley, H. & Kirk, J, An introduction (٨٣)
to cognitive.
- Wilson& Raphael, International hand book of traumatic (٨٤)
stress syndromes, Plenum Press, New York, 1993.
- World Health Organization, The ICD-10 Classification of (٨٥)
Mental and Behavioral Disorders, Geneva, 1992.

ثالثاً : قائمة المجلات والدوريات

- (١) التقرير الجنائي السنوي، رئاسة قوات الشرطة وزارة الداخلية، ٢٠٠٣م.
- (٢) علي أبو حجيبة- مجلة نقابة المحامين الأردنية -١٩٩٣م.
- (٣) الكتيب التعريفي لفرع حماية الأسرة والطفل، شرطة ولاية الخرطوم، ٢٠١١م.
- (٤) Eth & Pynoos, post traumatic stress disorder in children,

- American Psychiatric Press, Washington, 1985.
- (٥) Lichter & Mc Closkey, The effects of childhood experience of martial violence, Psychology of Women Quarterly, 2004.
- (٦) Murthi, Childhood Sexual abuse and multiple dimension of self concept, Journal of Interpersonal Violence, 2006.
- (٧) Terr.L.C, Chowchilla revisited, American Journal of Psychiatry, 1983.

رابعاً : قائمة الدراسات والرسائل الجامعية

- (١) أمير عبد الله سعد، الأسباب الاجتماعية والنفسية وراء اغتصاب الأطفال بولاية الخرطوم، بحث غير منشور، جامعة جوبا، ٢٠٠٩م.
- (٢) إيمان عبد الرسول محمد بشارة، اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بسمات الشخصية للنساء النازحات بمعسكرات جنوب دارفور، رسالة دكتوراة، جامعة أم درمان الإسلامية، ٢٠١١م.
- (٣) إيمان عمر عبد الرحمن صديق، دور وسائل الإعلام في معالجة مشكلة اغتصاب الأطفال في السودان، بحث غير منشور، جامعة الخرطوم، ٢٠٠٩م.
- (٤) حسيب محمد حسيب، فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الثقة بالنفس وخفض اضطراب اللجاجة في الكلام لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراة، جامعة عين شمس، ٢٠٠٩م.
- (٥) رقية احمد صابون، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال جنوب كردفان وعلاقته بالسلوك العدواني ومفهوم الذات، رسالة دكتوراة، جامعة ام درمان الاسلامية، ٢٠١٠م.
- (٦) سحر خليل محمد علي، الضغوط النفسية لدى الأطفال اللذين تعرضوا

- للاغتصاب وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير، جامعة النيلين، ٢٠٠٩م.
- (٧) سهير محمد أحمد محمود، فاعلية برنامج علاجي باللعب لتخفيف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال اللذين تعرضوا للاغتصاب، رسالة ماجستير، جامعة النيلين، ٢٠١٠م.
- (٨) السيد عبد العزيز الرفاعي، إساءة معاملة الطفل وعلاقتها ببعض المشكلات النفسية، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، ١٩٩٤م.
- (٩) صباح قاسم سعيد الرفاعي، فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل أساليب عزو المتعلم لدى طالبات كلية التربية بمكة المكرمة، رسالة دكتوراة، كلية التربية للبنات بجدة، ٢٠٠٣م.
- (١٠) عبد الرحمن عبد المجيد عثمان، فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية لعلاج مرضى الإكتئاب، رسالة دكتوراة، جامعة أم درمان الإسلامية، ٢٠٠٠م.
- (١١) غادة متوكل محمد آدم، فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج القلق والاكتئاب لمدمني الكحول، رسالة ماجستير، جامعة أم درمان الإسلامية، ٢٠١٠م.
- (١٢) فايز فضل المولى علي، الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لمرتكبي جرائم الاغتصاب في ولاية الخرطوم، رسالة دكتوراه، جامعة أم درمان الإسلامية، ٢٠١٠م.
- (١٣) لطفي الشربيني، الإرشاد النفسي للأطفال المساء معاملتهم، بحث في المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، القاهرة، ١٩٩٥م.
- (١٤) محمد إبراهيم أحمد إبراهيم، اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال ضحايا الاغتصاب، رسالة ماجستير، جامعة أم درمان الإسلامية، ٢٠٠٩م.
- (١٥) ولاء إبراهيم سعيد، الاغتصاب وعلاقته بالصحة النفسية لدى الفتيات المغتصابات، بحث غير منشور، جامعة أم درمان الإسلامية، ٢٠٠٩م.

الدراسات والرسائل الإنجليزية

- Aussiker.A ,The effect of individual personality and (١٦)
support variables following interfamilial child sexual
abuse, Unpublished Ph.D, University of Texas, 1993
- Daniel.L, Cognitive and clinical implication of sexual (١٧)
victimization on boys,Unpublished Ph.D, School of
Professional Psychology, 1998.
- Sarbo, Childhood molestation adult correlates and (١٨)
predictors of trauma, Unpublished Ph.D, Geogia State
Unviersity,1984.

خامساً : قائمة المواقع الإلكترونية:

- Richard S. Kingsley,2011) (١)
- U.S. Department of Justice's National Crime (٢)
Victimization Survey,2007
- World Health Organization,2002 (٣)
- www.acofps.com, 2011 (٤)
- www.kidshealth.org (Arcy Lyness ,2009) (٥)
- www.mentalhealthuk.org (٦)

الملحقات

ملحق رقم (١)

استمارة البيانات الأولية

نرجوا كريم تعاونكم بالاجابة على الأسئلة التالية، مع العلم أن جميع هذه المعلومات ستظل سرية وتستخدم بغرض البحث العلمي فقط.

الاسم:

تاريخ الميلاد:

النوع: ذكر ☐ أنثى ☐

الصف الدراسي:

المستوى التعليمي للأم: أمي ☐ أساس ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

المستوى التعليمي للأب: أمي ☐ أساس ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

ملحق رقم (٢) استمارة الرعاية الأولية لاضطراب ضغوط مابعد الصدمة

Primary care PTSD Screen

(Prins, Ouimette, Kimerling et al., 2003)

ترجمة و تقنين د. عبد الرحمن ابو دوم احمد

هل حدث لك فى حياتك أن مررت بتجربة كانت مخيفة جدا أو مروعة أو مزعجة بالنسبة لك وبسببها خلال الشهر الماضي حدث لك أيا من الآتي :

١ هل حدث لك كابوس أو أحلام مزعجة عن ذات الحادث أو فكرت فى الحادث وأنت لا تريد ذلك؟

☐ لا

☐ نعم

٢ حاولت بقوة عدم التفكير فى الحادث أو تعمدت أن تتجنب الظروف والمواقف التي تذكرك بالحادث؟

☐ لا

☐ نعم

٣ هل كنت دائما حذرا ومتربعا وسهل الإثارة والتخويف؟

☐ لا

☐ نعم

٤ هل شعرت بأنك ليس لديك أحاسيس ومنفصل من الآخرين والأنشطة اليومية أو ما حولك؟

☐ لا

☐ نعم

الملحق رقم (٣) مقياس اضطراب ضغوط مابعد الصدمة تعديل رقية صابون

الرقم	العبارة	دائماً	أحياناً	لا يحدث
١	اعتقد أن ما حدث لي هو شيء مؤلم جداً لمعظم الأطفال في مثل عمري.			
٢	أشعر بالخوف والاضطراب عندما أتذكر ما حدث لي.			
٣	يعود بي التفكير إلى الحادث دون إرادتي.			
٤	تأتيني أحلام حلوة عن الحادث.			
٥	أعتقد أن ما حدث لي سوف يحدث مرة ثانية.			
٦	أشعر بالراحة عندما أفكر بأشياء كنت أحب أقوم بها قبل الحادثة.			
٧	أن الناس لا يفهمون ما يدور في داخلي.			
٨	أشعر بالخوف والحزن بحيث لا اقدر أن أتحدث عن ذلك الحادث.			
٩	أجفل بسرعة.			
١٠	أشعر بالعصبية أكثر من الأول.			
١١	أشعر بأني مذنب لأنني لم أفعل شيئاً قبل الحادث.			
١٢	الأفكار والمشاعر المرتبطة بالحادثة تمنعني من تذكر بعض الأشياء التي تعلمتها في المدرسة أو البيت.			
١٣	من السهل أن أركز وانتبه كما كنت قبل الحادث.			
١٤	أشعر بصعوبة في التنفس.			
١٥	بعد الحادث رجعت إلى مص الأصابع.			
١٦	بعد الحادث رجعت إلى قضم الأصافر.			
١٧	بعد الحادث أصبحت لا أطيع الأوامر.			
١٨	أشعر بعد الحادثة بتشنج عضلي وخفقان.			
١٩	بعد الحادث أصبح أشارك مع الأطفال الآخرين.			

ملحق رقم (٤) مقياس اضطراب ما بعد الصدمة بصورته النهائية

الرقم	العبارة	دائماً	أحياناً	لا يحدث
١	اعتقد أن ما حدث لي شيء مؤلم.			
٢	أشعر بالخوف عندما أفكر بالحدث.			
٣	أسمع أصوات ترتبط بالحدث.			
٤	أرى صوراً ومشاهد ترتبط بالحدث.			
٥	أفكر في الحدث رغماً عني.			
٦	تأتيني أحلام مزعجة عن الحدث.			
٧	أعتقد أن ما حدث لي سوف يحدث مرة أخرى.			
٨	أصبحت أخاف من الموت أكثر من ذي قبل.			
٩	أشعر بصداع.			
١٠	معدتي تؤلمني.			
١١	أحس بالتعب.			
١٢	أشعر بتي كنت ألم في المفاصل والعظام.			
١٣	أحس بألم في صدري.			
١٤	أشعر بصعوبة في التنفس.			
١٥	أعتقد أنني السبب فيما حدث.			
١٦	كرهت الأنشطة التي كنت أحب ممارستها.			
١٧	لا أستطيع أن أعبر عن مشاعري.			
١٨	أنا غير مهتم بالآخرين من حولي.			
١٩	لا أستطيع تذكر بعض تفاصيل ما حدث لي.			
٢٠	أعتقد أن مستقبلي مظلم.			
٢١	أريد أن أبقى بعيداً عن ما يذكرني بالحدث.			
٢٢	لا أستطيع الانتباه والتركيز كما في السابق.			
٢٣	أتوتر كلما ذكرني شيء بالحدث.			
٢٤	أشعر بالعصبية أكثر من ذي قبل.			
٢٥	أصاب بالفزع بسرعة.			
٢٦	أصبحت أهرب من المدرسة.			
٢٧	أصبحت أهرب من البيت.			
٢٨	أدخن السجائر.			
٢٩	أشرب الخمر.			
٣٠	أتعاطى السيلسيون.			
٣١	أمارس الجنس مع نفس جنسي.			
٣٢	أصبحت أمارس الجنس مع الجنس الآخر.			
٣٣	أنا كثير الشجار.			
٣٤	أصبحت لا أستطيع النوم بسرعة.			
٣٥	أصبحت لا أقدر أن أنام لوقت طويل.			
٣٦	أصبح نومي متقطع.			

ملحق رقم (٥) خطاب تحكيم مقياس

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

السيد/.....المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أما بعد

الموضوع: تحكيم مقياس

بالإشارة إلى الموضوع أعلاه أطلب من سيادتكم التكرم بتحكيم مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال وذلك بغرض الإضافة أو الحذف أو التعديل على بنود المقياس ومفتاح التصحيح بالصورة الأصلية كي يتناسب مع عينة الدراسة ليشمل جميع أعراض ومظاهر الاضطراب لديهم.

مع خالص الشكر

مقدم الطلب

الطالبة/ حليلة محمد إبراهيم

ملحق رقم (٦)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سعادة / المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أما بعد

الموضوع / تحكيم برنامج علاجي

بالإشارة للموضوع أعلاه أتقدم لسعادتكم بطلبي هذا لتحكيم برنامج إبدأ الحياة المخصص لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى المُغتصبين من الجنسين في المرحلة العمرية من ١٢ وحتى ١٨ سنة.

ويستند هذا البرنامج في بنائه على نظرية العلاج المعرفي السلوكي

لذا أضع بين أيديكم هذا الجهد العلمي المتواضع لتمحوصه وتتأكدوا من صلاحيته ومدى قدرته على تحقيق الهدف المنشود وهو خفض درجة اضطراب ما بعد الصدمة.

،، أدامكم الله منارة للعلم والمتعلمين،،

مقدمة الطلب

الطالبة/ حليلة محمد إبراهيم

جامعة أم درمان الإسلامية

كلية الآداب قسم علم النفس